



JURNAL ILMU KEDOKTERAN DAN KESEHATAN INDONESIA

Volume.4 No.3 November 2024



Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam Mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Lombok Timur Study Tahun 2024

Yuniar Affandy^{1*}, Salmi Yuniar Bahri², Tuti Ika Ihwani³

¹⁻³ Institut Teknologi Sosial dan Kesehatan Muhammadiyah Selong, Indonesia

Korespondensi penulis: yuniaraffandy09@gmail.com

Abstract. Universal Health Coverage (UHC) is a health insurance system that ensures that every citizen in the population has fair access to quality promotive, preventive, curative, and rehabilitative health services at affordable costs. The achievement of Universal Health Coverage (UHC) planned in the National Medium-Term Development Plan (RPJMN 2020–2024), namely at least 98% of the total population becomes JKN members. The purpose of this study was to determine the Implementation of the National Health Insurance Program in achieving Universal Health Coverage (UHC) and the driving and inhibiting factors for the Implementation of the National Health Insurance Program in achieving Universal Health Coverage (UHC) which is specifically for the underprivileged in East Lombok Regency. This study uses a descriptive research type, using a qualitative approach. Based on the implementation approach, the four aspects that support the implementation of the program have been running well, but there are still some shortcomings in the communication aspect because there is still a lack of public awareness to realize that this program is indeed targeted at the underprivileged and have not received health insurance, resulting in inaccurate targets, and will actually become a burden on the government with the increase in the budget. The number of East Lombok residents who have JKN is 1,392,488 people (99.16%) of the total population of East Lombok Regency 1,404,343 people so that the UHC target of 98% has been achieved.

Keywords: Implementation, UHC Policy, National Health Insurance

Abstrak. Universal Health Coverage (UHC) merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, bermutu dengan biaya terjangkau. Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) yang direncanakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2020–2024), yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC) serta Faktor-faktor pendorong dan penghambat Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam mencapai Cakupan Kesehatan Universal (UHC) yang dikhususkan bagi masyarakat tidak mampu di Kabupaten Lombok Timur. Penelitian ini menggunakan Jenis penelitian deskriptif, dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Berdasarkan pendekatan implementasi, empat aspek yang mendukung pelaksanaan program telah berjalan dengan baik, namun masih terdapat beberapa kekurangan dalam aspek komunikasi karena masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk menyadari program ini memang di targetkan benar-benar untuk masyarakat yang tidak mampu dan belum menerima jaminan kesehatan, sehingga menyebabkan adanya target yang tidak tepat sasaran, dan justru akan menjadi beban pemerintah dengan bertambahnya anggaran. Jumlah masyarakat Lombok timur yang sudah berJKN Sebanyak 1.392.488 jiwa (99,16%) dari jumlah penduduk kabupaten Lombok Timur 1.404.343 jiwa sehingga target UHC 98% sudah tercapai.

Kata Kunci: Implementasi, Kebijakan UHC, Jaminan Kesehatan Nasional

1. LATAR BELAKANG

Universal Health Coverage (UHC) merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, bermutu dengan biaya terjangkau. UHC mengandung dua elemen inti yaitu Akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga dan Perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan (Depkes.go.id, 2023).

Universal Health Coverage (UHC) adalah kondisi di mana semua orang memiliki akses yang adil terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif tanpa kesulitan finansial. Di Indonesia, UHC diupayakan melalui implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Program JKN diluncurkan pada tahun 2014 dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, melindungi masyarakat dari risiko finansial akibat penyakit.

Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) yang ditargetkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2020–2024), yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN dan untuk tahun 2023 targetnya mencapai 95%. Capaian UHC tidak hanya menyangkut jumlah peserta JKN-KIS (Kartu Indonesia Sehat), namun harus berorientasi pada tiga hal antara lain Proporsi populasi yang dapat mengakses pelayanan kesehatan esensial yang berkualitas, Proporsi penduduk yang menghabiskan pendapatan rumah tangga untuk pelayanan kesehatan, Keadilan terhadap akses pelayanan dan akses pendanaan. Dengan seluruh lapisan masyarakat mengikuti Program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat adalah bentuk pengoptimalisasian UHC (Depkes.go.id, 2023).

2. METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif, yang mana data yang dihasilkan akan diperoleh berupa ucapan, tulisan, dan perilaku orang yang diamati. Sebagaimana yang dijelaskan bahwa penelitian kualitatif ditujukan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktifitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, dan pemikiran siapapun secara individu maupun kelompok.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif, dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif merupakan suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang ada, baik fenomena alamiah maupun fenomena buatan manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem, pemikiran ataupun suatu peristiwa pada masa sekarang. Fenomena itu bisa berupa bentuk, aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan, dan perbedaan antara fenomena satu dengan fenomena lainnya. (Sukmadinata, 2006).

Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang berusaha mendeskripsikan dan menginterpretasikan sesuatu, misalnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi, atau tentang

kecendrungan yang tengah berlangsung. Adapun data yang akan dikumpulkan mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) Kabupaten Lombok Timur.

Lokasi Penelitian

Menurut Nasution (2003:43) lokasi penelitian menunjukkan pada pengertian tempat atau lokasi sosial penelitian yang dicirikan oleh adanya unsur yaitu pelaku, tempat kegiatan yang dapat di observasi. Menurut Sugiyono (2012:13) pemilihan lokasi harus berdasarkan sasaran ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal objektif, valid, dan reliabel tentang suatu hal.

Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pertimbangan unsur keterjangkauan lokasi penelitian oleh peneliti, baik dilihat dari segi tenaga, dana maupun dari segi efisiensi waktu. Pelaksanaan studi di lokasi yang dipilih tidak menimbulkan masalah dalam kaitannya dengan kemampuan tenaga peneliti. Peneliti tidak dituntut biaya Selain itu, pemilihan lokasi penelitian ini dapat memberikan efisiensi waktu dan masih dapat melaksanakan tugas pokok peneliti. Untuk program UHC leading sektornya adalah Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial, untuk Dinas Kesehatan berkaitan langsung dengan pelayanan Kesehatan. Adapun lokasi penelitian ini adalah di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Implementasi Program JKN dalam Mencapai Universal Health Coverage (UHC) di Kabupaten Lombok Timur

Dalam melakukan penelitian ini peneliti berdasarkan pada teori Edward III untuk mengetahui Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dalam mencapai Universal Health Coverage (UHC) di kabupaten Lombok Timur, teori Edward III dikategorikan ke dalam empat kategori yaitu (a) Komunikasi, (b) Struktur birokrasi (c) Sumber Daya, dan (d) Sikap. Dari keempat hal ini yang peneliti teliti dengan hasil sebagai berikut;

a) Komunikasi

Komunikasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program UHC (Universal Health Coverage) Kabupaten Lombok Timur secara keseluruhan telah memenuhi tiga prinsip dalam komunikasi. Hal itu telah dilaksanakan oleh pihak yang mempunyai kewenangan dan dengan komitmen tersebut membuat informasi dapat diterima secara menyeluruh kepada seluruh penerima kebijakan. Pelaksanaan dari variabel komunikasi dapat dijelaskan lebih rinci pada uraian sebagai berikut:

Transmisi Komunikasi

Dalam hal transmisi komunikasi tentang program UHC sudah dilaksanakan, hal ini berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa:

“Berhubungan dengan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) dengan transmisi dilakukannya sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur, BPJS Cabang Kabupaten Lombok Timur kepada Masyarakat di Kabupaten Lombok Timur. Untuk hal tersebut kegiatan yang kami lakukan adalah melakukan sosialisasi ke desa dan kecamatan yang dilakukan dengan lintas sektor dan lintas program. Kegiatan yang dilakukan bersama dinas kesehatan, dinas sosial dan BPJS kesehatan melakukan sosialisasi ke kecamatan dan desa dengan menggunakan jaringan yang ada seperti puskesmas” (10 Juni 2024)

Hal senada juga disampaikan oleh Bapak Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala bidang Sumber Daya Kesehatan dan penelitian penbembangan Dinas kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“ Untuk program UHC kami sudah melakukan transmisi komunikasi dengan melakukan sosialisasi di tempat pelayanan kesehatan dan jaringannya seperti puskesmas, pustu dan polindes. Semua kami lakukan karena berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang akan didapatkan apabila menjadi peserta BPJS baik yang mandiri maupun Program Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dari pusat maupun daerah. Sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan regulasi yang ada, pelaksanaan Jaminan Kesehatan secara nasional didasarkan pada beberapa dasar hukum yang ada. Pada perubahan keempat Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, tujuan Negara untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan system jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Tujuan tersebut di implementasikan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sejak 1 Januari 2014 program tersebut telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan” (11 Juni 2024)

Hal senada juga disampaikan oleh Bapak Syahid Romdhan, S.Kep, Ners, MKes selaku Koodinator pembiayaan kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (Mandatory) berdasarkan Undang- Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Berhubungan dengan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) dengan transmisi dilakukannya sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur, BPJS Cabang Kabupaten Lombok Timur kepada Masyarakat di Kabupaten Lombok Timur.” (13 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara bahwa transmisi komunikasi sudah dilakukan dengan melakukan sosialisasi kepada masyarakat secara lintas sektor maupun lintas program yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan beserta jajarannya yang mengacu pada Undang- Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional dengan tujuan untuk memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kejelasan Komunikasi

Kejelasan komunikasi yang dimaksud adalah kejelasan tentang tujuan dan cara yang akan dilakukan dalam sebuah kebijakan agar semua pihak yang menerima dan menjalankan dapat memahami pelaksanaan kebijakan tersebut ketika di implementasikan. hasil wawancara dengan Bapak Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa:

“Masyarakat dapat mengetahui informasi tentang UHC melalui berbagai media, seperti website BPJS Kesehatan, media sosial, atau dengan bertanya kepada petugas di puskesmas atau rumah sakit. Menurut saya, komunikasi tentang UHC masih belum cukup jelas bagi sebagian masyarakat. Masih banyak masyarakat yang belum memahami manfaat UHC dan cara untuk mendaftarnya”(10 Juni 2024)

Hasil wawancara Kepada Bapak Rudy suhendra, SKM yang mengatakan bahwa

“Seperti halnya sebuah kebijakan yang muncul di tingkatan paling atas akan diturunkan ke pemerintahan dibawahnya untuk diberi wewenang melaksanakan sebuah kebijakan. Inilah yang terjadi di Kabupaten Lombok Timur ketika mengeluarkan peraturan mengenai penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai bentuk ikut menyukseskan amanat undang-undang sistem jaminan sosial nasional untuk kepesertaan jaminan kesehatan yang bersifat wajib. Namun melihat banyaknya masyarakat yang bolak balik mengurus kepesertaan BPJSnya kemungkinan banyak yang tidak paham akan hal tersebut”(11 Juni 2024)

Hal senada juga disampaikan oleh Bapak Syahid Ramdhan,

S.Kep., Ners., M.Kes. yang mengatakan bahwa

“Kejelasan pada program UHC (Universal Health Coverage) Kabupaten Lombok Timur yaitu adanya perjanjian kerjasama Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan nomor: 181.6/52/KS-KES/2022 tentang kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi penduduk pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang di daftarkan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Timur. Sebagai akibat adanya bunyi Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada pasal 4 bahwa kepesertaan bersifat wajib. Oleh karenanya muncul Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2014 berisi tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang ruang lingkupnya meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, serta penanganan keluhan. Banyaknya keluhan dari masyarakat, maka kemungkinan banyak yang belum mengerti tentang kejelasan pelaksanaan UHC”(13 Juni 2024)

Hal senada juga disampaikan oleh Muhamad Nasri yang mengatakan bahwa

“Kami tidak tahu adanya beberapa perubahan peraturan tentang kepesertaan BPJS saat ini. Katanya ada program UHC kami masih bingung dengan hal tersebut karena kepesertaan kami tiba-tiba non aktif yang dulu kami merupakan peserta BPJS yang dibayarkan pemerintah. Katanya sekarang harus pakai data DTKS nah itu yang kami tidak paham maksudnya. Akhirnya kami bolak balik mengurusnya malah katanya ada ketentuan harus rawat inap dan lain-lain. Bingung kami ini gimana sekarang kok seperti ini”(12 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa kejelasan komunikasi tentang program UHC kepesertaan BPJS masih kurang ini terbukti banyaknya masyarakat yang tidak tahu cara

mengurus kepesertaannya karena adanya ketentuan harus masuk data DTKS.

Konsistensi Komunikasi

Konsistensi komunikasi merupakan salah satu faktor kunci keberhasilan implementasi program UHC. Hasil wawancara dengan Bapak Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku Sekretaris Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa.

“Konsistensi implementasi kebijakan yang efektif selain membutuhkan komunikasi yang jelas dan harus konsisten. Proses transmisi yang baik akan tetapi dengan perintah yang tidak konsisten akan menyebabkan kebingungan dari pelaksana program tersebut. Banyak hal yang dapat menyebabkan arah kebijakan tidak konsisten apabila kesulitan muncul saat memulai implementasi sebuah kebijakan baru atau bisa saja banyak pengaruh dari kelompok yang berkepentingan atas isu yang dibawa oleh kebijakan tersebut terkait konsistensi, tujuan dan sasarannya. Konsistensi komunikasi merupakan aspek penting dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta. Komunikasi yang jelas, konsisten, dan mudah dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat menjadi kunci untuk memastikan kelancaran program UHC dan mencapai tujuannya, yaitu memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat Lombok Timur”. (10 Juni 2024)

Hasil wawancara dengan Bapak Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDM dan LitbangKes Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Perlu dilakukan sosialisasi yang lebih gencar dan masif tentang UHC, terutama di daerah-daerah terpencil. Sosialisasi ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat dan melibatkan berbagai pihak, seperti tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, dan media massa.”(11 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak Syahid Ramdhan, S.Kep, Ners, M.Kes selaku Koordinator Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Keberjalanan Program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur sudah berlandaskan dasar hukum yang jelas yaitu dengan tujuan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, kualitas pelayanan, cakupan pelayanan kesehatan masyarakat. Meskipun pemerintah Kabupaten Lombok Timur memfasilitasi masyarakat yang tidak mampu membayar iuran dan himbauan saat sosialisasi yang dilakukan mengenai target sasaran yang bisa mengikuti program ini namun masih ditemui adanya target yang tidak tepat sasaran. Memang perlu dilakukan sosialisasi yang lebih gencar dan masif tentang UHC. Sosialisasi ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat dan melibatkan berbagai pihak, seperti tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, dan media massa.”(13 Juni 2024)

Hasil wawancara dengan Muhamad Nasri yang mengatakan bahwa

“ Kami sebagai masyarakat sering mengalami kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan. Pernah sekali saya ingin berobat ke rumah sakit, tetapi saya tidak tahu bagaimana cara menggunakan kartu BPJS Kesehatan saya. Kami ingin pemerintah untuk mempermudah proses pendaftaran UHC dan meningkatkan kualitas pelayanan di puskesmas dan rumah sakit.”(12 Juni)

Berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa Komunikasi yang efektif dan konsisten memastikan bahwa semua pihak yang terlibat, mulai dari pembuat kebijakan, penyelenggara

program, hingga masyarakat, memiliki pemahaman yang sama tentang tujuan, mekanisme, dan manfaat dari program UHC. Konsistensi komunikasi sudah dilakukan karena Konsistensi komunikasi merupakan kunci untuk memastikan keberhasilan implementasi UHC. Dengan komunikasi yang jelas, konsisten, dan mudah dipahami, masyarakat dapat memahami hak dan kewajiban mereka dalam UHC, program UHC dapat berjalan dengan efisien dan efektif, dan ultimately, masyarakat dapat memperoleh akses yang lebih mudah dan terjangkau terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Struktur Birokrasi

Hasil wawancara dengan Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Untuk pelaksanaan struktur birokrasi dalam implementasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Bertanggung jawab dalam pelaksanaan UHC di tingkat kabupaten/kota, termasuk pendaftaran peserta, verifikasi data, dan pengawasan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Sedangkan Kantor Cabang BPJS Kesehatan Melayani peserta JKN di tingkat kabupaten/kota. Struktur birokrasi mempengaruhi sebuah implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi mencakup dua hal yaitu mekanisme dan struktur birokrasi itu sendiri. Aspek mekanisme dalam sebuah implementasi kebijakan mempunyai standart operation procedur (SOP). SOP menjadi pedoman untuk setiap implementator dalam bertindak agar dalam pelaksanaan kebijakan sesuai dengan tujuan dan sasaran kebijakan. Sedangkan Aspek struktur birokrasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menyebabkan prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks yang akan menyebabkan aktivitas birokrasi menjadi tidak fleksibel dan tidak efektif”. (10 Juni 2024)

Sedangkan hasil wawancara dengan Bapak Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDK dan Litbangkes yang membidangi program UHC Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur mengatakan bahwa

“Pelaksanaan UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur di tingkat kabupaten jelas memiliki SOP yang berbeda dengan tingkat di atasnya. Dengan struktur birokrasi yang memiliki kewenangan yang berbeda. Di Kabupaten Lombok Timur Dinas Kesehatan sebagai pelaksana dalam administrasi juga mengawasi, Kemudian Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dalam hal anggaran, BPJS Kesehatan yang mengurus pengelolaan klaim dan iuran premi serta bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Fasilitas Tingkat Rujukan/Lanjutan sebagai penyedia pelayanan kesehatan masyarakat, Dinas Sosial sebagai pihak yang merekomendasikan target sasaran yang dapat menerima program jaminan kesehatan”. (11 Juni 2024)

Hasil wawancara dengan Bapak Syahid Ramdhan, S.Kep, Ners, M.Kes mengatakan bahwa

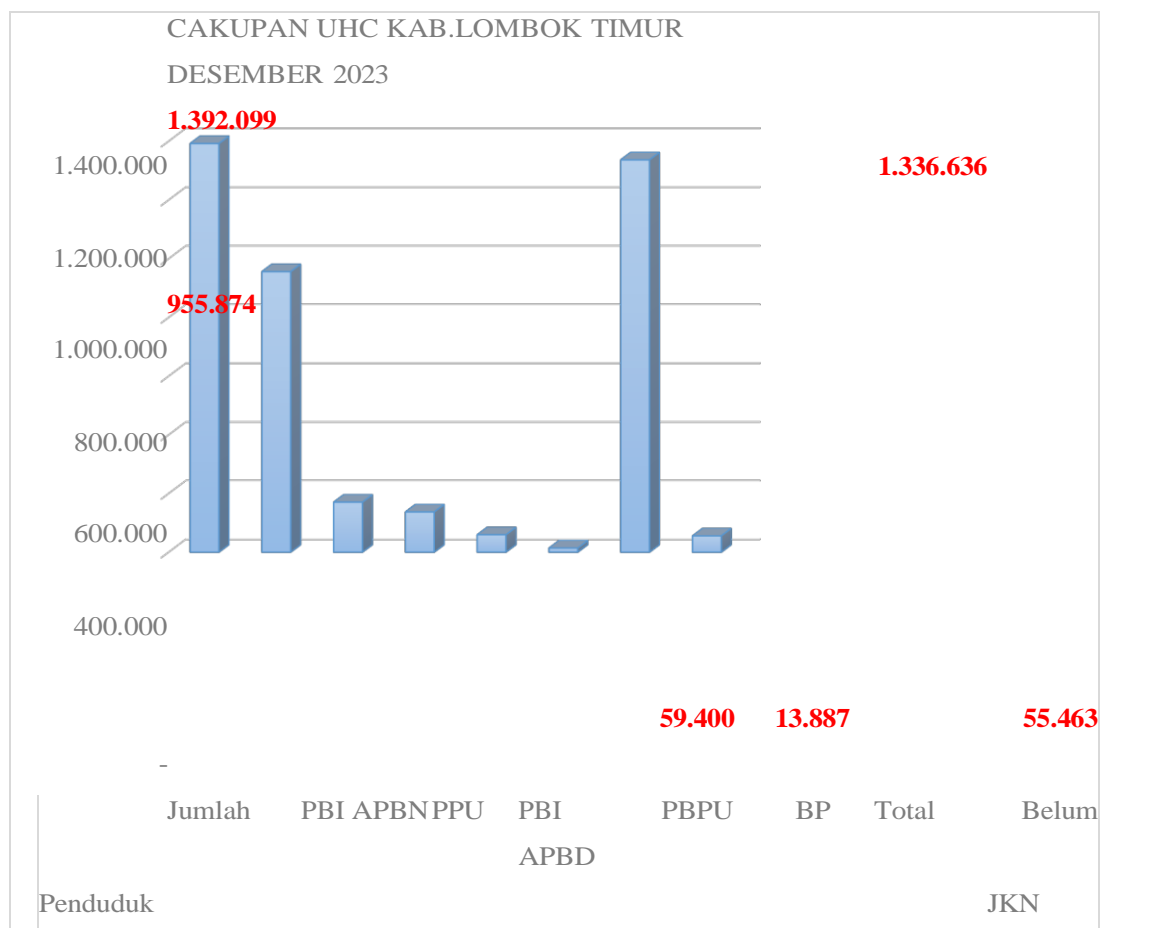
“Jika sumberdaya untuk melaksanakan kebijakan telah cukup dan pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukannya dan implementasi masih dapat menghadapi hambatan kemungkinan karena kekurangan struktur birokrasi. Pembagian organisasi dapat menghalangi koordinasi yang penting bagi suksesnya pelaksanaan kebijakan yang kompleks dan membutuhkan kerjasama dari banyak pihak, dan pembagian ini juga dapat mengatasi masalah sumberdaya yang terbatas akan tetapi dapat menghambat perubahan dan menyebabkan kebingungan dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan”. (13 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara di atas, dapat disimpulkan bahwa Struktur birokrasi yang efektif sangat penting dalam memastikan keberhasilan program UHC. Dengan adanya koordinasi yang baik, sumber daya manusia yang kompeten, sistem informasi yang memadai, dan dukungan anggaran yang cukup, diharapkan program UHC dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuannya yaitu memberikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. struktur birokrasi yang terlibat dalam implementasi UHC cukup kompleks dan membutuhkan koordinasi yang kuat antar instansi pemerintah. Perlu dilakukan upaya serius untuk meningkatkan koordinasi antar instansi pemerintah sehingga implementasi UHC dapat berjalan dengan optimal dan mencapai tujuannya. Struktur birokrasi yang kompleks dan terkoordinasi dengan baik merupakan kunci keberhasilan implementasi UHC. Dengan mengatasi berbagai tantangan yang ada, seperti koordinasi antar instansi, sumber daya, dan keterlibatan masyarakat, program UHC dapat memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh rakyat Indonesia, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Sumber Daya

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan pilar utama dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC). Kualitas, kuantitas, dan kompetensi SDM yang terlibat secara langsung akan menentukan efektivitas dan efisiensi program UHC. Seperti hasil wawancara dengan Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Faktor sumber daya yang dimaksud disini adalah jumlah dan kemampuan para staf sebagai pelaksana sebuah kebijakan, wewenang dan fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kepada publik. Selain itu, ada kelayakan antara jumlah staf yang dibutuhkan dan keahlian yang harus dimiliki dengan tugas yang akan dikerjakan. Dana untuk membiayai operasional implementasi kebijakan tersebut, informasi yang relevan dan mencukupi bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan, dan kesanggupan dari berbagai pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan tersebut. Jumlah kepesertaan keseluruhan berjumlah 1.392.488 jiwa (99,16%) dari jumlah penduduk kabupaten Lombok Timur 1.404.343 jiwa sehingga target UHC 98% sudah tercapai. “Untuk jumlah sasaran UHC secara keseluruhan adalah semua penduduk yang ada di Kabupaten Lombok Timur. Namun untuk sasaran peserta penerima bantuan iuran (PBI) APBN maupun PBI APBD yang masuk dalam IDTKS dengan jumlah 965.180 orang tahun 2023 sedangkan sampai dengan bulan Juni 2024 sebanyak 967.958 orang” (10 Juni 2024)



Gambar 1. Diagram Cakupan Uhc Tahun 2023

Sumber Laporan Tahunan 2023 Seksi Pembiayaan Kesehatan pada
Dinas Kesehatan Kab. Lotim

Dari Diagram diatas dapat dilihat jumlah masyarakat kabupaten Lombok timur yang sudah berJKN sebanyak 1.336.636 dari jumlah penduduk sebanyak 1.392.099 jiwa dengan rincian segmen Peserta Bantuan Iuran (PBI) Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) sebanyak 955.874, segmen PBI Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) sebanyak 137.096 jiwa, segmen Pekerja Penerima Upah (PPU) sebanyak 170.379 jiwa, segmen Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sebanyak 59.400 jiwa, segmen Bukan Pekerja (BP) sebanyak 13.887 jiwa dan masyarakat kabupaten Lombok timur yang belum JKN sebanyak 55.463 jiwa

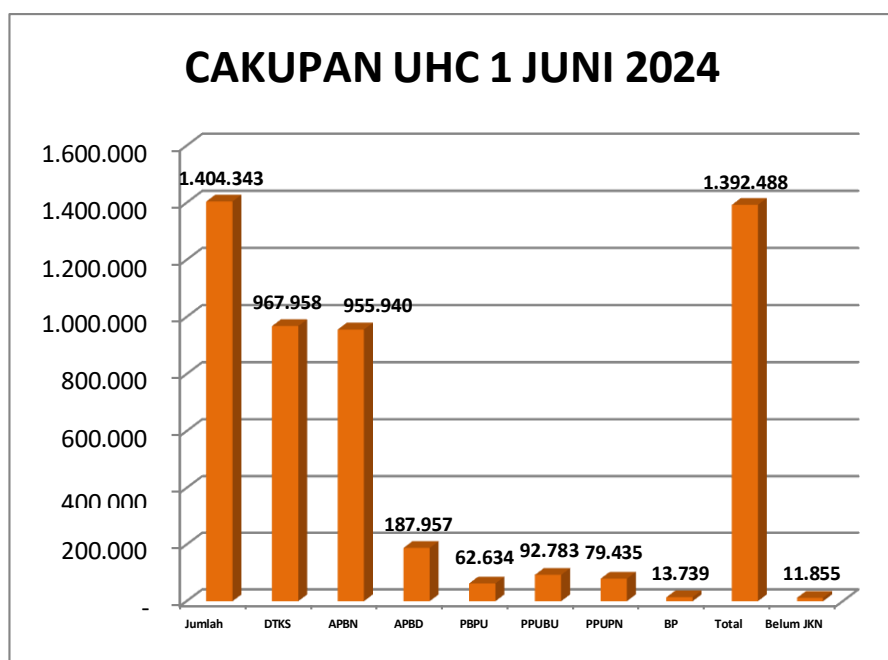


Diagram 2. Cakupan UHC Tahun 2024

Sumber Seksi Pembiayaan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kab. Lotim

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa capaian UHC dikabupaten Lombok timur sudah terpenuhi dimana Jumlah Penduduk Kabupaten Lombok Timur pada 1 Juni tahun 2024 sebanyak 1.404.343 jiwa, Jumlah Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) sebanyak 967.958 jiwa dari Segmen Peserta Bantuan dari APBN sebanyak 955.940 jiwa, segemen Peserta Bantuan dari APBD sebanyak 187.965 jiwa, segmen Bukan Pekerja (BP) sebanyak 13.739 jiwa, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sebanyak 62.634, Penerima Upah Badan Usaha (PPU BU) sebanyak 92.783 Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN) sebanyak 79.435, semua Segmen sebanyak 1.392.488 jiwa, serta masih belum JKN sebanyak 11.855 jiwa.

Sama dengan Hasil wawancara dengan Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDK dan Litbangkes yang membidangi program UHC Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur mengatakan bahwa

“Untuk SDM dalam implementasi UHC ini di Dinas Kesehatan ada SK Kepala Dinas Kesehatan No. 800/464/Kes/2021 tentang petugas ASN pemegang user ID dan password aplikasi pendaftaran daring melalui aplikasi Edabu, terkait dengan hal tersebut ASN yang sudah di SK kan bertugas sebagai admin dan super admin berhak melakukan entri pendaftaran peserta JKN secara daring dalam aplikasi eDabu dalam upaya pencapaian UHC. Untuk infrastruktur dalam pelaksanaan UHC menggunakan jaringan internet dengan aplikasi eDabu. eDABU adalah singkatan dari Elektronik Data Badan Usaha. Ini adalah sebuah aplikasi atau platform yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk memudahkan perusahaan atau badan usaha dalam mengelola keanggotaan program JKN-KIS Sedangkan untuk Fasilitas kesehatan seperti sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat saat ini telah disediakan oleh pemerintah Kabupaten

Lombok Timur yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur karena berdasar pedoman dari PERMENKES No.75 tahun 2014 mengenai Pusat Kesehatan Masyarakat, di Kabupaten Lombok Timur pelaksanaa UHC (Universal Health Coverage) telah disediakan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan yang dimaksud adalah rumah sakit. (11 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak Syahid Romdhan, S.Kep, Ners, MKes selaku Koordinator Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Dalam implementasi UHC yang digunakan adalah aplikasi eDabu saya sendiri merupakan super admin dalam eDabu. eDabu Memudahkan Administrasi: Dengan eDABU, perusahaan tidak perlu lagi melakukan pendaftaran peserta secara manual ke kantor BPJS Kesehatan. Semua proses dapat dilakukan secara online melalui aplikasi ini. Efisiensi Waktu: Proses pendaftaran, perubahan data, dan pembayaran iuran menjadi lebih cepat dan efisien. Akurasi Data: Data peserta yang tersimpan dalam eDABU lebih akurat karena dilakukan secara real-time dan terintegrasi dengan sistem BPJS Kesehatan. Transparansi: Perusahaan dapat memantau status keanggotaan karyawannya secara real-time melalui aplikasi ini. Pada sumber daya anggaran pelaksanaan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur didukung dengan anggaran APBD Kabupaten Lombok Timur dimana diharapkan pemerintah bisa ikut bekerjasama menuntaskan kewajiban untuk membantu masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan tanpa membebani premi. Anggaran yang dianggarkan diharapkan mampu mengatasi pembiayaan premi yang saat ini juga mengalami kenaikan pada awal tahun 2023. Jumlah anggaran yang telah dibayarkan kepada BPJS dengan tanggungan peserta PBI APBD 137.036 orang dari APBD Lombok Timur sebesar 25.346.276.000,- sedangkan jumlah peserta PBI APBN (PBI pusat) sebanyak 955.940 orang dengan anggaran 42.500/orang/bulan jadi sebesar 40.627.450.000,-/bulan dari APBN yang ditransfer langsung ke BPJS. (13 Juni 2024)



Gambar 3. Diagram Komparasi Dana JKN

Sumber Seksi Pembiayaan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kab. Lotim Berdasarkan diagram di atas dapat dilihat bahwa Anggaran Dana untuk Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Lombok Timur Pada tahun 2023 yang bersumber dari Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) Sebesar Rp. 7.318.155.600,- , sumber dana dari Pajak Rokok sebesar Rp 19.099.410.376,- dan Dau ditentukan sebesar

7.203.105.104,-. Pada Tahun 2024 yang bersumber dari DBHCT sebesar Rp. 48.287.989.376,-, Pajak Rokok sebesar Rp. 22.460.230.241,- dan Dau ditentukan sebesar Rp. 29.917.748.337,-. Sehingga dari diagram diatas menunjukkan anggaran tahun 2024 lebih besar dibandingkan dengan anggaran tahun 2023.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa Sumber daya merupakan elemen penting dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta. Sumber daya yang memadai, baik dari segi manusia, keuangan, infrastruktur, dan teknologi, sangat diperlukan untuk memastikan program UHC dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuannya, yaitu memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh penduduk Lombok Timur. Sumber Daya yang mendukung pelaksanaan UHC di kabupaten Lombok Timur cukup masih terdapat kekurangan sumber daya yang perlu dibenahi untuk mendukung implementasi UHC di Kabupaten Lombok Timur Perlu dilakukan upaya serius dari pemerintah dan berbagai pihak terkait untuk meningkatkan kesiapan sumber daya UHC sehingga program UHC dapat berjalan dengan optimal dan mencapai tujuannya. Struktur birokrasi yang efektif sangat penting dalam memastikan keberhasilan program UHC. Dengan adanya koordinasi yang baik, sumber daya manusia yang kompeten, sistem informasi yang memadai, dan dukungan anggaran yang cukup, diharapkan program UHC dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuannya yaitu memberikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Sikap

Disposisi merupakan alat penting dalam memastikan kelancaran dan efektivitas implementasi UHC. Hasil wawancara dengan Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Disposisi sangat penting dalam implementasi UHC karena memastikan bahwa setiap surat atau dokumen yang berkaitan dengan UHC ditindaklanjuti dengan tepat dan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Hal ini membantu meningkatkan efisiensi, akuntabilitas, dan koordinasi antar instansi dan pihak terkait dalam pelaksanaan UHC. Sikap dari pelaksana program akan sangat berpengaruh di dalam pelaksanaan program. Sikap pelaksana yang positif terhadap suatu kebijakan akan memungkinkan pelaksana program akan berjalan sesuai aturan yang telah diatur dan ditetapkan. Sikap pelaksana merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan dan diharapkan berlangsung efektif, para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan tersebut”. (10 Juni 2024)

Hasil wawancara dengan Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDK dan Litbangkes yang membidangi program UHC Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur mengatakan bahwa

“Pelaksanaan Program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur memang di implementasikan dan di inisiasi pemerintah, sehingga terlihat adanya karakter atau sikap yang dimiliki oleh implementor yakni pemerintah telah berkomitmen untuk melaksanakannya. Dan dengan begitu implementor dalam hal ini Dinas Kesehatan memiliki disposisi yang baik, maka akan menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga tidak berjalan efektif”.(11 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bapak Syahid ramdhan, S.Kep, Ners, MKes selaku Koordinator Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Proses disposisi UHC di instansi kami dimulai dengan pencatatan dan distribusi surat atau dokumen yang berkaitan dengan UHC kepada pejabat yang berwenang. Pejabat yang berwenang kemudian memeriksa dan menganalisis surat atau dokumen tersebut untuk memahami maksud dan tujuannya. Selanjutnya, pejabat yang berwenang menentukan tindak lanjut yang tepat dan memberikan instruksi kepada bawahannya untuk melaksanakan tindak lanjut tersebut. Terakhir, pejabat yang berwenang melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut”(13 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara di atas, dapat disimpulkan bahwa disposisi sangat penting dalam implementasi UHC. Namun, masih terdapat beberapa tantangan yang perlu diatasi, seperti kurangnya pemahaman tentang disposisi, keterbatasan sumber daya, dan kurangnya koordinasi. Dengan meningkatkan pelatihan tentang disposisi, meningkatkan alokasi sumber daya, dan meningkatkan koordinasi antar instansi, diharapkan disposisi UHC dapat berjalan dengan lebih optimal dan efektif, sehingga program UHC dapat mencapai tujuannya untuk memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat di Kabupaten Lombok Timur.

Faktor Pendukung dan Penghambat Program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur

Faktor Pendukung

Pada implementasi sebuah kebijakan, faktor pendukung menjadi salah satu faktor yang menyebabkan keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Faktor pendukung dapat berasal dari dalam dan luar organisasi yang menjalankan sebuah kebijakan. Sama halnya dengan pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok. Faktor pendukung dalam implementasi UHC perlu diatasi dengan berbagai upaya komprehensif dan terstruktur. Hasil wawancara dengan Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Faktor pendukung pelaksana teknis kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur. Faktor- faktor pendukung internal yang berpengaruh pada pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur antara lain adanya komitmen pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan dan berusaha

menyelesaikan permasalahan kesehatan akan berpengaruh kepadamasyarakat yang memang belum memiliki kepesertaan jaminan kesehatan. adanya regulasi yang sesuai kebutuhan sebagai landasan pelaksanaan kebijakan memang bisa menyelesaikan persoalan yang terjadi mengenai jaminan kesehatan. Ketersediaan data dan informasi yang akurat tentang kesehatan masyarakat, kebutuhan kesehatan masyarakat, dan sumber daya yang tersedia untuk program UHC". (10 Juni 2024)

Hasil wawancara dengan Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDK dan Litbangkes Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

"BPJS Kesehatan memainkan peran penting dalam implementasi UHC sebagai penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang merupakan salah satu komponen utama UHC. BPJS Kesehatan telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas layanan JKN. Adanya perjanjian kerjasama antara Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan nomor: 181.6/52/KS-KES/2022 tentang kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi penduduk pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang di daftarkan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan jumlah iuran pembayaran premi sebesar Rp. 25.346.276.000,- pada tahun 2023 sebagai lanjutan pelaksanaan dari amanat Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial dimana kepesertaan bersifat wajib, serta berpedoman dari Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2014 tentang regulasi dari pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Untuk menciptakan kesehatan masyarakat yang prima maka dibutuhkan berbagai peraturan yang menjadi pedoman bagi pelaksana".(11 Juni 2024)

Sedangkan hasil wawancara dengan Syahid Ramdhan, S.Kep, Ners, M.Kes selaku Koordinator Pembiayaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

"Keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program UHC. Adanya sosialisasi yang di lakukan kepada masyarakat tentang keuntungan mengikuti program UHC (Universal Health Coverage) dan diharapkan menarik minat warga apalagi dengan bekerjasama dengan organisasi masyarakat paling kecil sehingga bisa ikut mengedukasi masyarakat tentang pentingnya memiliki jaminan kesehatan. Karena masyarakat akan lebih memahami informasi jika disampaikan oleh pihak-pihak yang paling dekat dengan mereka. Adanya Ketersediaan data dan informasi yang akurat apalagi dengan semakin meningkatnya jumlah pendaftar tiap tahun, hal ini menunjukan sosialisasi yang dilakukan Dinas Kesehatan melalui kerjasama dengan pihak-pihak terkait bisa dikatakan telah dilakukan dengan baik dan mampu melakukan komunikasi atau sosialisasi ke masyarakat". (13 Juni 2024)

Berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa faktor pendukung yaitu adanya Komitmen politik yang kuat untuk mensukseskan program UHC, Keberadaan regulasi yang jelas dan kuat yang mengatur tentang UHC, termasuk regulasi tentang pendanaan, penyelenggaraan, dan pengawasan program dan adanya Ketersediaan data dan informasi yang akurat

Faktor penghambat

Pada pelaksanaan kebijakan program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur juga terdapat beberapa faktor penghambat yang bisa berpengaruh pada

efektivitas dan efisiensi pelaksanaan kebijakan program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur. Pelaksanaan kebijakan program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur menghadapi beberapa hambatan. Uraian Tentang Faktor Penghambat Implementasi UHC Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Hasil wawancara dengan Lalu Bagus Wikrama, SKM, MPH selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Faktor penghambat yang berasal dari pelaksana teknis kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur. Faktor penghambat internal yang berpengaruh pada pelaksanaa kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur adalah terkait anggaran yang akan menjadi meningkat jumlahnya, akibat dari naiknya iuran premi, apabila terjadi juga banyak oknum warga yang turun kelas dan sengaja tidak membayar iuran”. (10 Juni 2024)

Hal yang sama yang disampaikan oleh Bapak Rudy Suhendra, SKM selaku Kepala Bidang SDK dan Litbangkes Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Tidak menutup kemungkinan banyak warga yang berbondong- bondong mendaftar agardapat yang gratis. Dan untuk target UHC tahun 2024 meningkat menjadi 98% dengan perhitungan dana awal pemerintah kabupaten menyiapkan dana sebesar 61 milyar dan hanya bisa mendanai pembayaran iuran sampai dengan bulan oktober 2024”.(11 Juni 2024)

Sedangkan hasil wawancara dengan Syahid Ramdhan, S.Kep, Ners, M.Kes selaku Koordinator Pembiayaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur yang mengatakan bahwa

“Hambatan dari pihak yang mendapat pelayanan yang merupakan pihak diluar organisasi yaitu masyarakat. Faktor penghambat internal yang berpengaruh pada pelaksanaa kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur adalah Kurangnya kesadaran masyarakat yang sebenarnya dirinya mampu justru berniat untuk mengikuti program karena tidak perlu membayarkan iuran, padahal banyak masyarakat yang seharusnya bisa dibantu pemerintah dengan kondisi jauh lebih susah ketimbang warga yang mampu. Warga masyarakat di Kabupaten Lombok Timur masih terbiasa dengan budaya jika terserang penyakit baru mendaftar agar bisa dapat pengobatan gratis, padahal proses validasi butuh waktu tidak serta merta kepesertaan langsung aktif. Untuk pendaftaran mandiri baru aktif setelah 14 hari sedangkan untuk penerima bantuan pemerintah aktif dalam satu bulan. Namun karena adanya kebijakan dari BPJS untuk sementara dalam mencapai UHC 95% tahun 2023 diberikan kepesertaan langsung aktif bagi yang membutuhkan pertolongan segera”.(13 Juni 2024)

Berdasarkan hal tersebut diatas bahwa hambatan dalam implementasi UHC adalah terkait anggaran yang akan menjadi meningkat jumlahnya, akibat dari naiknya iuran premi, apabila terjadi juga banyak oknum warga yang turun kelas dan sengaja tidak membayar iuran Kurangnya kesadaran masyarakat yang sebenarnya dirinya mampu justru berniat untuk

mengikuti program karena tidak perlu membayarkan iuran, padahal banyak masyarakat yang seharusnya bisa dibantu pemerintah dengan kondisi jauh lebih susah ketimbang warga yang mampu.

Pembahasan

Implementasi Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kabupaten Lombok Timur.

Upaya Pemerintah Lombok Timur untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) dengan Target 98% masyarakat Lombok Timur terdaftar sebagai Peserta BPJS dengan keaktifan peserta 75% dengan lebih menekankan pendataan masyarakat tidak mampu yang belum memiliki Jaminan Kesehatan dan masyarakat mendaftarkan diri secara mandiri bagi masyarakat yang sudah mampu. Implementasi Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kabupaten Lombok Timur menggunakan teori George C Edward III yaitu;

Komunikasi

Komunikasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program UHC (*Universal Health Coverage*) Kabupaten Lombok Timur secara keseluruhan telah memenuhi tiga prinsip dalam komunikasi. Hal itu telah dilaksanakan oleh pihak yang mempunyai kewenangan dan dengan komitmen tersebut membuat informasi dapat diterima secara menyeluruh kepada seluruh penerima kebijakan. Pelaksanaan dari variabel komunikasi dapat dijelaskan lebih rinci pada uraian sebagai berikut:

Transmisi Komunikasi

Dalam hal transmisi komunikasi tentang program UHC sudah dilaksanakan. Kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) dengan transmisi dilakukannya sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur, BPJS Cabang Kabupaten Lombok Timur kepada Masyarakat di Kabupaten Lombok Timur. Untuk hal tersebut kegiatan yang kami lakukan adalah melakukan sosialisasi ke desa dan kecamatan yang dilakukan dengan lintas sektor dan lintas program. Kegiatan yang dilakukan bersama dinas kesehatan, dinas sosial dan BPJS kesehatan melakukan sosialisasi ke kecamatan dan desa dengan menggunakan jaringan yang ada seperti puskesmas. Untuk program UHC kami sudah melakukan transmisi komunikasi dengan melakukan sosialisasi di tempat pelayanan kesehatan dan jaringannya seperti puskesmas,ustu dan polindes. Semua kami lakukan karena berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang akan didapatkan apabila menjadi peserta BPJS baik yang mandiri maupun Program Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dari pusat maupun daerah. Sebagaimana yang diamanatkan

oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan regulasi yang ada, pelaksanaan Jaminan Kesehatan secara nasional didasarkan pada beberapa dasar hukum yang ada. Pada perubahan keempat Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, tujuan Negara untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan system jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Tujuan tersebut di implementasikan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sejak 1 Januari 2014 program tersebut telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (Mandatory) berdasarkan Undang- Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Berhubungan dengan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) dengan transmisi dilakukannya sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur, BPJS Cabang Kabupaten Lombok Timur kepada Masyarakat di Kabupaten Lombok Timur. Transmisi komunikasi sudah dilakukan dengan melakukan sosialisasi kepada masyarakat secara lintas sektor maupun lintas program yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan beserta jajarannya yang mengacu pada Undang- Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kejelasan Komunikasi

Kejelasan komunikasi yang dimaksud adalah kejelasan tentang tujuan dan cara yang akan dilakukan dalam sebuah kebijakan agar semua pihak yang menerima dan menjalankan dapat memahami pelaksanaan kebijakan tersebut ketika di implementasikan. Masyarakat dapat mengetahui informasi tentang UHC melalui berbagai media, seperti website BPJS Kesehatan, media sosial, atau dengan bertanya kepada petugas di puskesmas atau rumah sakit. Menurut saya, komunikasi tentang UHC masih belum cukup jelas bagi sebagian masyarakat. Masih banyak masyarakat yang belum memahami manfaat UHC dan cara untuk mendaftarnya. Kebijakan yang muncul di tingkatan paling atas akan diturunkan ke pemerintahan dibawahnya untuk diberi wewenang melaksanakan sebuah kebijakan. Inilah yang terjadi di Kabupaten Lombok Timur ketika mengeluarkan peraturan mengenai penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai bentuk ikut menyukseskan amanat undang-undang sistem jaminan sosial nasional

untuk kepesertaan jaminan kesehatan yang bersifat wajib. Namun melihat banyaknya masyarakat yang bolak balik mengurus kepesertaan BPJSnya kemungkinan banyak yang tidak paham akan hal tersebut.

Kejelasan pada program UHC (Universal Health Coverage) Kabupaten Lombok Timur yaitu adanya perjanjian kerjasama Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan nomor: 181.6/52/KS-KES/2022 tentang kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi penduduk pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang di daftarkan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Timur. Sebagai akibat adanya bunyi Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pada pasal 4 bahwa kepesertaan bersifat wajib. Oleh karenanya muncul Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2014 berisi tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang ruang lingkupnya meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, serta penanganan keluhan. Banyaknya keluhan dari masyarakat, maka kemungkinan banyak yang belum mengerti tentang kejelasan pelaksanaan UHC. Beberapa perubahan peraturan tentang kepesertaan BPJS ada program UHC menggunakan data DTKS. Kejelasan komunikasi tentang program UHC kepesertaan BPJS masih kurang ini terbukti banyaknya masyarakat yang tidak tahu cara mengurus kepesertaannya karena adanya ketentuan hrs masuk data DTKS”

Konsistensi Komunikasi

Konsistensi komunikasi merupakan aspek penting dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta. Komunikasi yang jelas, konsisten, dan mudah dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat menjadi kunci untuk memastikan kelancaran program UHC dan mencapai tujuannya, yaitu memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat Lombok Timur. Konsistensi implementasi kebijakan yang efektif selain membutuhkan komunikasi yang jelas dan harus konsisten. Proses transmisi yang baik akan tetapi dengan perintah yang tidak konsisten akan menyebabkan kebingungan dari pelaksana program tersebut. Banyak hal yang dapat menyebabkan arah kebijakan tidak konsisten apabila kesulitan muncul saat memulai implementasi sebuah kebijakan baru atau bisa saja banyak pengaruh dari kelompok yang berkepentingan atas isu yang dibawa oleh kebijakan tersebut terkait konsistensi, tujuan dan sasarannya. Perlu dilakukan sosialisasi yang lebih gencar dan masif tentang UHC, terutama di daerah-daerah terpencil. Sosialisasi ini harus menggunakan bahasa yang mudah

dimengerti oleh masyarakat dan melibatkan berbagai pihak, seperti tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, dan media massa.

Keberjalanan Program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur sudah berlandaskan dasar hukum yang jelas yaitu dengan tujuan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, kualitas pelayanan, cakupan pelayanan kesehatan masyarakat. Meskipun pemerintah Kabupaten Lombok Timur memfasilitasi masyarakat yang tidak mampu membayar iuran dan himbauan saat sosialisasi yang dilakukan mengenai target sasaran yang bisa mengikuti program ini namun masih ditemui adanya target yang tidak tepat sasaran. Memang perlu dilakukan sosialisasi yang lebih gencar dan masif tentang UHC. Sosialisasi ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat dan melibatkan berbagai pihak, seperti tokoh masyarakat, organisasi kemasyarakatan, dan media massa. Konsistensi komunikasi sudah dilakukan karena Konsistensi komunikasi merupakan kunci untuk memastikan keberhasilan implementasi UHC. Dengan komunikasi yang jelas, konsisten, dan mudah dipahami, masyarakat dapat memahami hak dan kewajiban mereka dalam UHC, program UHC dapat berjalan dengan efisien dan efektif, dan ultimately, masyarakat dapat memperoleh akses yang lebih mudah dan terjangkau terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi yang kompleks dan terkoordinasi dengan baik merupakan kunci keberhasilan implementasi UHC. Dengan mengatasi berbagai tantangan yang ada, seperti koordinasi antar instansi, sumber daya, dan keterlibatan masyarakat, program UHC dapat memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh rakyat Indonesia, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Struktur birokrasi mempengaruhi sebuah implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi mencakup dua hal yaitu mekanisme dan struktur birokrasi itu sendiri. Aspek mekanisme dalam sebuah implementasi kebijakan mempunyai standart operation prosedur (SOP). SOP menjadi pedoman untuk setiap implementator dalam bertindak agar dalam pelaksanaan kebijakan sesuai dengan tujuan dan sasaran kebijakan. Sedangkan Aspek struktur birokrasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menyebabkan prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks yang akan menyebabkan aktivitas birokrasi menjadi tidak fleksibel dan tidak efektif.

Pelaksanaan UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur di tingkat kabupaten jelas memiliki SOP yang berbeda dengan tingkat di atasnya. Dengan struktur birokrasi yang memiliki kewenangan yang berbeda. Di Kabupaten Lombok Timur Dinas Kesehatan sebagai pelaksana dalam administrasi juga mengawasi, Kemudian Pemerintah

Kabupaten Lombok Timur dalam hal anggaran, BPJS Kesehatan yang mengurus pengelolaan klaim dan iuran premi serta bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Fasilitas Tingkat Rujukan/Lanjutan sebagai penyedia pelayanan kesehatan masyarakat, Dinas Sosial sebagai pihak yang merekomendasikan target sasaran yang dapat menerima program jaminan kesehatan.

Sumberdaya untuk melaksanakan kebijakan telah cukup dan pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukannya dan implementasi masih dapat menghadapi hambatan kemungkinan karena kekurangan struktur birokrasi. Pembagian organisasi dapat menghalangi koordinasi yang penting bagi suksesnya pelaksanaan kebijakan yang kompleks dan membutuhkan kerjasama dari banyak pihak, dan pembagian ini juga dapat mengatasi masalah sumberdaya yang terbatas akan tetapi dapat menghambat perubahan dan menyebabkan kebingungan dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan. Struktur birokrasi yang terlibat dalam implementasi UHC cukup kompleks dan membutuhkan koordinasi yang kuat antar instansi pemerintah. Perlu dilakukan upaya serius untuk meningkatkan koordinasi antar instansi pemerintah sehingga implementasi UHC dapat berjalan dengan optimal dan mencapai tujuannya.

Sumber Daya

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan pilar utama dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC). Kualitas, kuantitas, dan kompetensi SDM yang terlibat secara langsung akan menentukan efektivitas dan efisiensi program UHC. Faktor sumber daya yang dimaksud disini adalah jumlah dan kemampuan para staf sebagai pelaksana sebuah kebijakan, wewenang dan fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kepada publik. Selain itu, ada kelayakan antara jumlah staf yang dibutuhkan dan keahlian yang harus dimiliki dengan tugas yang akan dikerjakan. Dana untuk membiayai operasional implementasi kebijakan tersebut, informasi yang relevan dan mencukupi bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan, dan kesanggupan dari berbagai pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan tersebut. Jumlah kepesertaan keseluruhan berjumlah 1.392.488 jiwa (99,16%) dari jumlah penduduk kabupaten Lombok Timur 1.404.343 jiwa sehingga target UHC 98% sudah tercapai. Untuk jumlah sasaran UHC secara keseluruhan adalah semua penduduk yang ada di Kabupaten Lombok Timur. Namun untuk sasaran peserta penerima bantuan iuran (PBI) APBN maupun PBI APBD yang masuk dalam IDTKS dengan jumlah 965.180 orang tahun 2023 sedangkan sampai dengan bulan Juni 2024 sebanyak 967.958 orang.

Jika melihat pelaksanaan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten

Lombok Timur dalam pelaksanaanya harus didukung dengan sumberdaya yang efektif dan efisien baik dari segi sumber daya staf dan sumber daya secara material, sarana dan prasarana yang bisa melancarkan pelaksanaan program dengan baik. Untuk SDM dalam implementasi UHC ini di Dinas Kesehatan ada SK Kepala Dinas Kesehatan No. 800/464/Kes/2021 tentang petugas ASN pemegang user ID dan pasword aplikasi pendaftaran daring melalui aplikasi Edabu, terkait dengan hal tersebut ASN yang sudah di SK kan bertugas sebagai admin dan super admin berhak melakukan entri pendaftaran peserta JKN secara daring dalam aplikasi eDabu dalam upaya pencapaian UHC. Untuk infrastruktur dalam pelaksanaan UHC menggunakan jaringan internet dengan aplikasi eDabu. eDABU adalah singkatan dari Elektronik Data Badan Usaha. Ini adalah sebuah aplikasi atau platform yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk memudahkan perusahaan atau badan usaha dalam mengelola keanggotaan program JKN-KIS Sedangkan untuk Fasilitas kesehatan seperti sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat saat ini telah disediakan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Timur yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur karena berdasar pedoman dari PERMENKES No.75 tahun 2014 mengenai Pusat Kesehatan Masyarakat, di Kabupaten Lombok Timur pelaksanaa UHC (Universal Health Coverage) telah disediakan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan yang dimaksud adalah rumah sakit.

Dalam implementasi UHC yang digunakan adalah aplikasi eDabu Kepala Sub koordinator pembiayaan kesehatan merupakan pemegang super admin dalam eDabu. eDabu Memudahkan Administrasi dalam implementasi UHC Dengan eDABU, jadi tidak perlu lagi melakukan pendaftaran peserta secara manual ke kantor BPJS Kesehatan. Semua proses dapat dilakukan secara online melalui aplikasi ini. Efisiensi Waktu karena bisa melakukan Proses pendaftaran, perubahan data, dan pembayaran iuran menjadi lebih cepat dan efisien. Akurasi Data yaitu Data peserta yang tersimpan dalam eDABU lebih akurat karena dilakukan secara real-time dan terintegrasi dengan sistem BPJS Kesehatan. Transparansi yaitu dapat memantau status keanggotaan karyawannya secara real-time melalui aplikasi ini.

Pada sumber daya anggaran pelaksanaan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur didukung dengan anggaran APBD Kabupaten Lombok Timur dimana diharapkan pemerintah bisa ikut bekerjasama menuntaskan kewajiban untuk membantu masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan tanpa membebani premi. Anggaran yang dianggarkan diharapkan mampu mengatasi pembiayaan premi yang saat ini juga mengalami kenaikan pada awal tahun 2023. Jumlah anggaran yang telah dibayarkan kepada BPJS dengan tanggungan peserta PBI APBD 137.036 orang dari APBD Lombok Timur sebesar

25.346.276.000,- sedangkan jumlah peserta PBI APBN (PBI pusat) sebanyak 955.940 orang dengan anggaran 42.500/orang/bulan jadi sebesar 40.627.450.000,-/bulan dari APBN yang ditransfer langsung ke BPJS

Sumber daya merupakan elemen penting dalam keberhasilan implementasi Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta. Sumber daya yang memadai, baik dari segi manusia, keuangan, infrastruktur, dan teknologi, sangat diperlukan untuk memastikan program UHC dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuannya, yaitu memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh penduduk Lombok Timur. Sumber Daya yang mendukung pelaksanaan UHC di kabupaten Lombok Timur cukup masih terdapat kekurangan sumber daya yang perlu dibenahi untuk mendukung implementasi UHC di Kabupaten Lombok Timur Perlu dilakukan upaya serius dari pemerintah dan berbagai pihak terkait untuk meningkatkan kesiapan sumber daya UHC sehingga program UHC dapat berjalan dengan optimal dan mencapai tujuannya. Struktur birokrasi yang efektif sangat penting dalam memastikan keberhasilan program UHC. Dengan adanya koordinasi yang baik, sumber daya manusia yang kompeten, sistem informasi yang memadai, dan dukungan anggaran yang cukup, diharapkan program UHC dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuannya yaitu memberikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat

Disposisi

Disposisi merupakan alat penting dalam memastikan kelancaran dan efektivitas implementasi UHC. Dengan penerapan disposisi yang tepat dan terstruktur, program UHC dapat mencapai tujuannya untuk memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Disposisi sangat penting dalam implementasi UHC karena memastikan bahwa setiap surat atau dokumen yang berkaitan dengan UHC ditindaklanjuti dengan tepat dan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Hal ini membantu meningkatkan efisiensi, akuntabilitas, dan koordinasi antar instansi dan pihak terkait dalam pelaksanaan UHC. Sikap dari pelaksana program akan sangat berpengaruh di dalam pelaksanaan program. Sikap pelaksana yang positif terhadap suatu kebijakan akan memungkinkan pelaksana program akan berjalan sesuai aturan yang telah diatur dan ditetapkan. Sikap pelaksana merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan dan diharapkan berlangsung efektif, para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Pelaksanaan Program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur memang di implementasikan dan di inisiasi pemerintah, sehingga terlihat

adanya karakter atau sikap yang dimiliki oleh implementor yakni pemerintah telah berkomitmen untuk melaksanakannya. Dan dengan begitu implementor dalam hal ini Dinas Kesehatan memiliki disposisi yang baik, maka akan menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga tidak berjalan efektif.

Proses disposisi UHC di instansi kami dimulai dengan pencatatan dan distribusi surat atau dokumen yang berkaitan dengan UHC kepada pejabat yang berwenang. Pejabat yang berwenang kemudian memeriksa dan menganalisis surat atau dokumen tersebut untuk memahami maksud dan tujuannya. Selanjutnya, pejabat yang berwenang menentukan tindak lanjut yang tepat dan memberikan instruksi kepada bawahannya untuk melaksanakan tindak lanjut tersebut. Terakhir, pejabat yang berwenang melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan tindak lanjut. Disposisi sangat penting dalam implementasi UHC. Namun, masih terdapat beberapa tantangan yang perlu diatasi, seperti kurangnya pemahaman tentang disposisi, keterbatasan sumber daya, dan kurangnya koordinasi. Dengan meningkatkan pelatihan tentang disposisi, meningkatkan alokasi sumber daya, dan meningkatkan koordinasi antar instansi, diharapkan disposisi UHC dapat berjalan dengan lebih optimal dan efektif, sehingga program UHC dapat mencapai tujuannya untuk memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat di Kabupaten Lombok Timur.

Faktor Pendukung dan Penghambat Program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur

Faktor Pendukung

Pada implementasi sebuah kebijakan, faktor pendukung menjadi salah satu faktor yang menyebabkan keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Faktor pendukung dapat berasal dari dalam dan luar organisasi yang menjalankan sebuah kebijakan. Sama halnya dengan pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok. Faktor pendukung dalam implementasi UHC perlu diatasi dengan berbagai upaya komprehensif dan terstruktur. Faktor pendukung pelaksana teknis kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur. Faktor-faktor pendukung internal yang berpengaruh pada pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur antara lain adanya komitmen pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan dan berusaha menyelesaikan permasalahan kesehatan akan berpengaruh kepada masyarakat yang memang belum memiliki kepesertaan jaminan kesehatan. adanya regulasi yang sesuai kebutuhan sebagai landasan pelaksanaan kebijakan memang bisa menyelesaikan

persoalan yang terjadi mengenai jaminan kesehatan. Ketersediaan data dan informasi yang akurat tentang kesehatan masyarakat, kebutuhan kesehatan masyarakat, dan sumber daya yang tersedia untuk program UHC.

BPJS Kesehatan memainkan peran penting dalam implementasi UHC sebagai penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang merupakan salah satu komponen utama UHC. BPJS Kesehatan telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas layanan JKN. Adanya perjanjian kerjasama antara Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan nomor: 181.6/52/KS- KES/2022 tentang kepesertaan program jaminan kesehatan nasional bagi penduduk pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja yang di daftarkan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Timur dengan jumlah iuran pembayaran premi sebesar Rp. 25.346.276.000,- pada tahun 2023 sebagai lanjutan pelaksanaan dari amanat Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial dimana kepesertaan bersifat wajib, serta berpedoman dari Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2014 tentang regulasi dari pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Untuk menciptakan kesehatan masyarakat yang prima maka dibutuhkan berbagai peraturan yang menjadi pedoman bagi pelaksana.

Keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program UHC. Adanya sosialisasi yang di lakukan kepada masyarakat tentang keuntungan mengikuti program UHC (Universal Health Coverage) dan diharapkan menarik minat warga apalagi dengan bekerjasama dengan organisasi masyarakat paling kecil sehingga bisa ikut mengedukasi masyarakat tentang pentingnya memiliki jaminan kesehatan. Karena masyarakat akan lebih memahami informasi jika disampaikan oleh pihak-pihak yang paling dekat dengan mereka. Adanya Ketersediaan data dan informasi yang akurat apalagi dengan semakin meningkatnya jumlah pendaftar tiap tahun, hal ini menunjukkan sosialisasi yang dilakukan Dinas Kesehatan melalui kerjasama dengan pihak-pihak terkait bisa dikatakan telah dilakukan dengan baik dan mampu melakukan komunikasi atau sosialisasi ke masyarakat. Faktor pendukung yaitu adanya Komitmen politik yang kuat untuk mensukseskan program UHC, Keberadaan regulasi yang jelas dan kuat yang mengatur tentang UHC, termasuk regulasi tentang pendanaan, penyelenggaraan, dan pengawasan program dan adanya Ketersediaan data dan informasi yang akurat

Faktor penghambat

Pada pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur juga terdapat beberapa faktor penghambat yang bisa berpengaruh pada

efektivitas dan efisiensi pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur. Pelaksanaan kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur menghadapi beberapa hambatan. Uraian Tentang Faktor Penghambat Implementasi UHC Universal Health Coverage (UHC) atau Jaminan Kesehatan Semesta merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan akses kesehatan yang berkualitas dan terjangkau.

Faktor penghambat yang berasal dari pelaksana teknis kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur. Faktor penghambat internal yang berpengaruh pada pelaksanaa kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur adalah terkait anggaran yang akan menjadi meningkat jumlahnya, akibat dari naiknya iuran premi, apabila terjadi juga banyak oknum warga yang turun kelas dan sengaja tidak membayar iuran. Tidak menutup kemungkinan banyak warga yang berbondong-bondong mendaftar agar dapat yang gratis. Dan untuk target UHC tahun 2024 meningkat menjadi 98% dengan perhitungan dana awal pemerintah kabupaten menyiapkan dana sebesar 61 milyar dan hanya bisa mendanai pembayaran iuran sampai dengan bulan oktober 2024.

Hambatan dari pihak yang mendapat pelayanan yang merupakan pihak diluar organisasi yaitu masyarakat. Faktor penghambat internal yang berpengaruh pada pelaksanaa kebijakan program UHC (Universal Health Coverage) di Kabupaten Lombok Timur adalah Kurangnya kesadaran masyarakat yang sebenarnya dirinya mampu justru berniat untuk mengikuti program karena tidak perlu membayarkan iuran, padahal banyak masyarakat yang seharusnya bisa dibantu pemerintah dengan kondisi jauh lebih susah ketimbang warga yang mampu. Warga masyarakat di Kabupaten Lombok Timur masih terbiasa dengan budaya jika terserang penyakit baru mendaftar agar bisa dapat pengobatan gratis, padahal proses validasi butuh waktu tidak serta merta kepesertaan langsung aktif. Untuk pendaftaran mandiri baru aktif setelah 14 hari sedangkan untuk penerima bantuan pemerintah aktif dalam satu bulan. Namun karena adanya kebijakan dari BPJS untuk sementara dalam mencapai UHC 95% tahun 2023 diberikan kepesertaan langsung aktif bagi yang membutuhkan pertolongan segera. Hambatan dalam implementasi UHC adalah terkait anggaran yang akan menjadi meningkat jumlahnya, akibat dari naiknya iuran premi, apabila terjadi juga banyak oknum warga yang turun kelas dan sengaja tidak membayar iuran Kurangnya kesadaran masyarakat yang sebenarnya dirinya mampu justru berniat untuk mengikuti program karena tidak perlu membayarkan iuran, padahal banyak masyarakat yang seharusnya bisa dibantu pemerintah dengan kondisi jauh lebih susah ketimbang warga yang mampu

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kesimpulan dari analisis hasil penelitian pada implementasi kebijakan program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur adalah sebagai berikut:

- Kebijakan Program UHC (*Universal Health Coverage*) di Kabupaten Lombok Timur telah memberikan manfaat yang baik bagi masyarakat sebagai solusi mengentaskan masalah kesehatan di Kabupaten Lombok Timur. Berkaitan dengan kepesertaan jaminan kesehatan bagi warga yang belum dan tidak mampu untuk mendapatkan jaminan kesehatan yang disebut sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Adanya program UHC (*Universal Health Coverage*) yang dibiayai oleh Pemerintah diharapkan mampu membantu masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan secara maksimal. Meskipun, secara keseluruhan bila ditinjau berdasarkan pendekatan implementasi, empat aspek yang mendukung implementasi program telah berjalan dengan baik, namun masih ada beberapa kekurangan dalam aspek komunikasi karena masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk menyadari program ini memang di targetkan benar-benar untuk masyarakat yang tidak mampu dan belum menerima jaminan kesehatan, sehingga menyebabkan adanya target yang tidak tepat sasaran, dan justru akan menjadi beban pemerintah dengan bertambahnya anggaran.
- Jumlah kepesertaan keseluruhan berjumlah 1.392.488 jiwa (99,16%) dari jumlah penduduk kabupaten Lombok Timur 1.404.343 jiwa sehingga target UHC 98% sudah tercapai. Untuk jumlah sasaran UHC secara keseluruhan adalah semua penduduk yang ada di Kabupaten Lombok Timur. Namun untuk sasaran peserta penerima bantuan iuran (PBI) APBN maupun PBI APBD yang masuk dalam IDTKS dengan jumlah 965.180 orang tahun 2023 sedangkan sampai dengan bulan Juni 2024 sebanyak 967.958 orang. Jumlah anggaran yang telah dibayarkan kepada BPJS dengan tanggungan peserta PBI APBD 137.036 orang dari APBD Lombok Timur sebesar 25.346.276.000,- sedangkan jumlah peserta PBI APBN (PBI pusat) sebanyak 955.940 orang dengan anggaran 42.500/orang/bulan jadi sebesar 40.627.450.000,-/bulan dari APBN yang ditransfer langsung ke BPJS.
- Kekurangan pada implementasi kebijakan program UHC (*Universal Health Coverage*) adalah munculnya fenomena warga yang sengaja tidak membayar iuran BPJS mandirinya agar bisa masuk pada syarat penerima program yaitu (yang menunggak) padahal warga tersebut masuk kategori mampu, ini yang membebani tanggung jawab pemerintah dalam

masalah anggaran, serta naiknya tarif iuran BPJS Kesehatan juga berpengaruh pada jumlah anggaran yang meningkat juga.

Saran

Untuk Pemerintah

- Dinas Kesehatan dan dinas terkait harus lebih banyak mengedukasi masyarakat mengenai target sasaran yang seharusnya tepat sasaran, sehingga tidak terjadi fenomena salah sasaran yang bisa menimbulkan kecemburuan sosial, dan munculnya ketidakadilan bagi warga yang jauh lebih membutuhkan.
- Perlunya pendataan ulang secara menyeluruh agar tidak terjadi tumpang tindih data sehingga tepat sasaran
- Pemerintah Kabupaten Lombok Timur dapat mendukung penambahan anggaran, karena apabila terjadi kenaikan tarif premi/iuran karena beban tanggung jawab akan bertambah besar.

Untuk Masyarakat

- Jangan memanfaatkan program kesehatan gratis, sebagai keuntungan pribadi karena tidak perlu membayar iuran, padahal dirinya masuk dalam kategori mampu.
- Budayakan, mendaftar dan mengurus layanan program pada saat keadaan sehat, jangan ketika sakit karena memvalidasi data perlu waktu, bukan sertamerta agar segera mendapat pertolongan gratis.

DAFTAR REFERENSI

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., & Taufik, I. (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian Universal Health Coverage di Kota Surakarta. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Kesehatan*, 22(1), 37–46.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan*.
- BPJS Kesehatan. (2016). *Ringkasan eksekutif laporan pengelolaan program dan laporan keuangan jaminan sosial kesehatan tahun 2016*.
- BPJS Kesehatan. (2019). *UHC dan gerakan Health for All, 1948–2030*.
- Carrin, G., & James, C. (2004). *Reaching universal coverage via social health insurance: Key design features in the transition period* (Discussion Paper No. 2).
- Christiani, C., Tedjo, P., & Martono, B. (2014). Analisis dampak kepadatan penduduk terhadap kualitas hidup masyarakat di Provinsi Jawa Tengah. *Serat Acitya Jurnal Ilmiah*, 3(1).

- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2018). *Defisit (struktural) JKN 2014–2018 dan restrukturisasi JKN: Program jangka menengah (2019–2024)*.
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing public policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press.
- IBP Indonesia Core Team. (2012). *JAMKESMAS dan program jaminan kesehatan daerah*.
- KBBI. (2024, Mei 28). *Kemiskinan*. <https://kbbi.web.id/kemiskinan>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem jaminan sosial nasional*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Indonesia terus berkomitmen perluas cakupan JKN menuju kepesertaan semesta*.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Kementerian Sosial tentang penerimaan bantuan iuran jaminan kesehatan tahun 2022*.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Kementerian Sosial No. 262 tahun 2022 tentang kriteria fakir miskin*.
- Kuntjara, E. (2006). *Penelitian kebudayaan: Sebuah panduan praktis*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Lomboktimurkab.go.id. (2023). *Lombok Timur capai target UHC*. <https://portal.lomboktimurkab.go.id/baca-berita-1835-lombok-timur-capai-target-uhc.html>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1992). *Analisis data kualitatif: Buku sumber tentang metode-metode baru*. Jakarta: UIP.
- Moleong, L. J. (2007). *Metode penelitian kualitatif* (Edisi revisi). Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Muhadjir. (2000). *Metode penelitian kualitatif*. Yogyakarta.
- Nasution, S. (2003). *Metode penelitian naturalistik kualitatif*. Bandung.
- Normand, C., & Weber, A. (2009). *Social health insurance: A guidebook for planning*. World Health Organization.
- P2PTM.Kemkes.go.id. (2023). *Pengertian Universal Health Coverage (UHC)*. <https://p2ptm.kemkes.go.id/post/pengertian-universal-health-coverge-uhc>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

- Prakarsa. (2020). *Universal Health Coverage: Mengukur capaian Indonesia*.
- Pratiwi, N. M. A. (2023). Peran BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam subsistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.
- Rencana Kerja antara Pemda Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan Cabang Selong No. 181.6/54/KS-KES/2022 dan No. 204/KTR/XI-10/1222 tentang Kepesertaan Program JKN bagi Penduduk Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Timur.
- Rencana Kerja antara Pemda Kabupaten Lombok Timur dengan BPJS Kesehatan Cabang Selong No. 181.6/46/KS-KES/2023 dan No. 193/KTR/XI-10/1223 tentang Penyelenggaraan JKN bagi Penduduk Kabupaten Lombok Timur dalam Rangka Universal Health Coverage (UHC).
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). Universal Health Coverage: Internalisasi norma di Indonesia. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 204–216.
- Sugiyono. (2012). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode penelitian pendidikan: Pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sukmadinata, N. S. (2006). *Metode penelitian pendidikan*. Bandung: Graha Aksara.
- Suyanto. (2005). *Metode penelitian sosial*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Wahab, S. A. (2004). *Analisis kebijaksanaan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Zuldafrial. (2012). *Penelitian kualitatif*. Surakarta: Yuma Pustaka.



Persepsi Dan Pengalaman Komite Keperawatan Dalam Penilaian Kinerja Perawat Manajer di Rumah Sakit

Umi Eliawati

Universitas Awal Bros, Indonesia

Korespondensi penulis: eliawatiumi@gmail.com

Abstract: *This study aims to explore the perceptions and experiences of the nursing committee in assessing the performance of nurse managers, particularly unit heads, in hospitals. Using a descriptive interpretive qualitative approach, data were collected through Focus Group Discussions (FGDs) involving seven participants from five hospitals in Pekanbaru and its surroundings. Thematic analysis revealed four main themes: the committee's understanding of performance appraisal, encountered barriers and challenges, expectations for improvement, and the perceived impact of the appraisal on motivation, career development, and service quality. The study recommends the implementation of a more continuous, transparent, and career-integrated performance evaluation system that supports nursing service quality enhancement.*

Keyword: *performance appraisal, nurse manager, nursing committee, experience, service quality.*

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi dan pengalaman komite keperawatan dalam proses penilaian kinerja perawat manajer, khususnya kepala ruangan, di rumah sakit. Menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif interpretatif, data dikumpulkan melalui Focus Group Discussion (FGD) yang melibatkan tujuh partisipan dari lima rumah sakit di Pekanbaru dan sekitarnya. Hasil analisis tematik mengungkap empat tema utama: pemahaman komite terhadap penilaian kinerja, hambatan dan tantangan yang dihadapi, harapan terhadap perbaikan sistem penilaian, serta dampak dari penilaian kinerja terhadap motivasi, jenjang karir, dan mutu pelayanan. Penelitian ini merekomendasikan perlunya sistem penilaian yang lebih berkelanjutan, transparan, dan terintegrasi dengan pengembangan karir serta peningkatan mutu layanan keperawatan.

Kata Kunci: penilaian kinerja, perawat manajer, komite keperawatan, pengalaman, mutu pelayanan.

1. LATAR BELAKANG

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan utama bagi masyarakat. Tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas menjadi tantangan untuk pemerintah. Pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh masyarakat saat ini masih dirasakan kurang berkualitas dari sisi mereka sebagai pengguna layanan. Beberapa keluhan terkait keluhan pelayanan diantaranya merasa bahwa pelayanan yang diberikan terlalu berbelit-belit, banyaknya biaya dan waktu yang sangat lama, sehingga pelayanan yang diberikan cenderung tidak berkualitas (Siswanto, Makmur, & Lastiti, 2018). Faktor lain adalah kejelasan informasi, dimana proses penyampaian informasi oleh petugas di fasilitas pelayanan kesehatan dikonfirmasi juga turut berkontribusi terhadap kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan (Dogan, Montori, & Carlson, 2018). Penelitian sejenis yang dilakukan di Malawi hasilnya menhatakan bahwa masyarakat

bersedia membayar 2,4 kali lebih banyak dengan faktor nya adalah sikap positif dari petugas kesehatan (Lungu et al., 2018). Studi yang dilakukan mengenai persepsi pasien terhadap implementasi pengendalian administrasi berdasarkan pelayanan kesehatan di wilayah kota Bekasi pada 2020, dengan penilaian kategori sesuai baru mencapai 56,2% (Puspita & Mustakim, 2020). Penelitian lain yang dilakukan mengenai persepsi pasien terhadap pelayanan rawat inap di Jakarta, menyatakan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap *reliability* didapatkan 79.2%, *responsiveness* 90.4%, *assurance* 76%, *empathy* 80% (Mustika & Sari, 2017). Perkembangan dalam pelayanan kesehatan terkait dengan belanja kesehatan masyarakat Indonesia, pada data yang disajikan oleh Infodata tahun 2019, menyatakan bahwa 9 tahun terakhir masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan di luar negeri meningkat hampir 100%. Penelitian yang dilakukan dari Patients Beyond Borders, negara seperti Malaysia dan Singapura merupakan negara yang paling sering dikunjungi untuk belanja kesehatan masyarakat Indonesia. Pada 2006 jumlah yang berobat ke luar negeri adalah 350.000, namun pada 2015 naik menjadi 600.000, dengan alasan memilih berobat ke luar negeri adalah: kualitas pelayanan serta pola pengawasan yang dirasakan kurang oleh masyarakat Indonesia (Infodata, 2019). Data dari Kemenkes, yang disampaikan kurang lebih 1 juta dari penduduk Indonesia melakukan perjalanan untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan ke luar negeri pertahun yang menghabiskan uang negara sekitar 11,5 Milliar Dollar AS (165 Triliun) (Republika, 2022).

Salah satu penyebab pelayanan dinilai tidak berkualitas, adalah tenaga kesehatan yang kurang ramah dalam memberikan pelayanan (Megatsari et al., 2018). Studi yang meneliti persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan menyatakan bahwa terjadi perbedaan antara harapan dan persepsi pasien mengenai kualitas pelayanan rumah sakit, dimana dimensi yang dinilai adalah mengenai *empathy*, *responsiveness*, reliabilitas, faktor ekonomi, dan *tangibles*, dengan nilai $p\text{ value} < 0.05$. (Fan et al., 2017). Studi lain yang meneliti mengenai pengaruh lingkungan kerja terhadap kualitas kerja perawat dimana hasil dari studi tersebut menyatakan bahwa hubungan perawat-dokter merupakan karakteristik paling kuat dalam mempengaruhi lingkungan kerja dan kemampuan perawat manajer, berikutnya adalah pengaruh kepemimpinan dan dukungan untuk perawat. Dikaitkan dengan mutu dan keselamatan pasien, pada studi tersebut menjelaskan bahwa perawat sering / sangat sering melaporkan terjadi kesalahan obat dengan skor yang rendah pada hubungan dengan kemampuan perawat manajer, kepemimpinan dan dukungan perawat, serta hubungan perawat-dokter dengan $p\text{ value} 0.044$ (Moisoglou et al., 2020). Perawat menurut *International Council of Nurses*

(ICN), memiliki kontribusi besar terhadap perkembangan dunia kesehatan dalam menetapkan kebijakan kesehatan yang sesuai dan efisien. Perawat dengan pengalamannya memiliki peran yang unik diantara professional kesehatan lain dan memiliki pengaruh kuat dalam menentukan kebijakan kesehatan yang strategis (Hussein & Saadoon, 2021), dimana dalam studi ini menyatakan bahwa tantangan yang dihadapi antara perawat dengan pimpinan keperawatan di rumah sakit, yang menjadi hambatan diantaranya adalah sistem kerja, insentif dan promosi. Hasil dari studi tersebut menyatakan 63.2% perawat memiliki tantangan dalam manajemen keperawatan. Kendala dalam manajemen keperawatan memerlukan eksistensi dari sistem khusus yang bisa menjembatani antara staff dan manajemen, dengan berdasarkan pada hubungan antar manusia, serta saling menghargai (Hussein & Saadoon, 2021).

Hasil studi menyatakan bahwa dampak dari kepemimpinan terhadap kualitas pelayanan keperawatan adalah terkait faktor kesadaran diri (*p value*: 0.058), perspektif moral internal (*p value*: 0.018), memiliki hubungan yang signifikan (Puni & Hilton, 2020). Tantangan dan peluang untuk perawat manajer tingkat eksekutif pada era asuhan berbasis mutu adalah diantaranya: (1) model pengelolaan keuangan, (2) peran, lingkup praktik dan kompetensi, (3) *Supply* / pemenuhan fasilitas, (4) perkembangan teknologi informasi serta kemampuan analisis, (5) pengukuran mutu, studi banding dan riset (Randazzo, 2018). Tantangan lain nya yang dihadapi pengelola pelayanan keperawatan menurut penelitian oleh AONL (*American Organization of Nursing Leadership*) pada Juli 2020 sampai Februari 2021, dari 2471 pimpinan keperawatan menyatakan bahwa tantangan yang dihadapi adalah: komunikasi dan penerapan perubahan kebijakan (54%), keterbatasan tenaga, pelatihan dan realokasi (52%), kesehatan mental dan kesejahteraan staff (49%), dan ketersediaan alat pelindung diri (46%) (Mansfield, Jacob, Drenkard, & Niederhauser, 2021).

Perawat manajer dalam menjalankan tugas sebagai pimpinan dalam organisasi juga dilakukan penilaian kinerja untuk mengukur kompetensi dan kemampuan yang dimiliki, serta menilai kesesuaian dengan uraian tugasnya. Kemampuan dalam memberikan pengaruh dan bagaimana menggunakan pengaruh merupakan kompetensi dasar pada seorang pimpinan keperawatan. Kemampuan ini berdampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (*American Organization of Nurse Executives*, 2015). Studi yang pernah dilakukan terkait faktor-faktor sebagai pimpinan keperawatan dalam kemampuan mempengaruhi oleh Shillam et al. (2017) adalah dengan melakukan pengembangan penilaian kinerja perawat manajer dengan menggunakan instrument AIM (*Adams Influence Model*). Penilaian kinerja tersebut meliputi kompetensi pengetahuan dasar, otoritas, status, komunikasi, penggunaan waktu serta pelatihan. Instrumen ini adalah untuk menilai

komponen kemampuan menggunakan pengaruh dari perawat manajer yang berkaitan dengan peran kepemimpinan, dan tanggung jawab dalam menerapkan konsep kepemimpinan dalam praktik sehari-hari (Shillam et al., 2017). Pengembangan instrument lainnya untuk perawat manajer berdasarkan model AIM tadi adalah dengan instrument LISA (*Leadership Influence Self Assessment*) dengan faktor-faktor yang dinilai adalah meliputi status, otoritas, strategi dan integritas. Dari studi ini disimpulkan bahwa instrument LISA *reliable* dan *valid* digunakan untuk melakukan penilaian perawat manajer dalam kemampuan mempengaruhi serta mengidentifikasi kekuatan serta mengenali peluang perbaikan di area kerjanya (Shillam et al., 2017).

Studi lain yang dilakukan untuk menilai keefektifan kepemimpinan keperawatan didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi keefektifan dalam memimpin, terdiri dari 2 faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Terkait faktor internal yang dinilai paling penting dalam penelitian tersebut adalah hubungan intra-organisasi, kepribadian, pengetahuan, sikap dan ketrampilan perawat. Sedangkan faktor eksternal yang dinilai paling penting adalah hubungan diluar organisasi, kebijakan kesehatan, akses terhadap sumber daya finansial, serta faktor sosial, ekonomi dan politik (Asiabar, Mehr, & Arabloo, 2019). Evaluasi atau penilaian kinerja yang dilakukan kepada perawat manajer adalah untuk melihat kemampuan perawat manajer menjalankan peran dalam membawa keperawatan mengikuti perubahan yang cepat dari sistem pelayanan. Studi yang dilakukan oleh Moisoglou, et.al. (2020) mengenai dampak lingkungan kerja terhadap kualitas asuhan pasien, pengaruh terhadap rendah kemampuan perawat manajer dalam memimpin dan mendukung perawat serta kurang baiknya hubungan perawat dengan dokter berdampak pada sering/sangat sering terjadi pelaporan terhadap kesalahan obat. Calzone, K.A., Jenkins, J., Culp, S., Badzek, (2017) melakukan penelitian mengenai intervensi kepemimpinan keperawatan yang mampu meningkatkan hasil asuhan pasien, serta dampak terhadap mutu dan keselamatan pasien. Penilaian kinerja perawat manajer telah dikembangkan melalui beberapa penelitian sebelumnya untuk mengevaluasi kinerja perawat manajer dari tingkatan *first line* sampai eksekutif untuk menilai peran dan fungsi perawat manajer dalam menjalankan tugasnya. Penilaian kinerja perawat manajer yang baik seharusnya mampu secara efektif mengukur kinerja perawat manajer sehingga berdampak pada meningkatkan kompetensi, jenjang karir dan tentunya kualitas pelayanan. Penilaian kinerja perawat manajer pada setiap level dilakukan dengan berbagai metode dan instrument penilaian. Namun demikian bagaimana persepsi dan pengalaman mengenai penilaian kinerja oleh individu yang menilai ingin diketahui lebih dalam, dengan tujuan mengetahui pandangan

komite keperawatan terhadap penilaian kinerja, terutama pada perawat manajer lini pertama, yaitu kepala ruangan. Peneliti dengan melihat latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya tertarik untuk melakukan penelitian kualitatif mengenai hal ini.

2. KAJIAN TEORITIS

A. Manajemen & Kepemimpinan Keperawatan

Manajemen merupakan proses memimpin & mengarahkan semua unsur dalam organisasi dengan berbagai upaya serta penggunaan sumber daya (Marquis & Huston, 2017). Manajemen juga merupakan sebuah proses bekerja dengan cara personal, tim dan sumberdaya lainnya seperti fasilitas, asset dan perkembangan teknologi untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2010). Taylor dalam bukunya *The Principles of Scientific Management* menyatakan bahwa dalam mengelola suatu bidang organisasi bisa menggunakan kaidah ilmiah dalam menyelesaikan masalah. Pengelolaan secara ilmiah ini membutuhkan perubahan mental serta tanggung jawab dengan komitmen tinggi untuk mencapai tujuan organisasi. (Nursalam, 2014). Kepemimpinan didefinisikan sebagai penggunaan kemampuan individu dan membina hubungan dengan orang lain, serta kemampuan yang secara cepat menanggapi perubahan lingkungan yang sering terjadi serta mampu menghadapi perubahan tersebut melalui perencanaan yang baik (Wise & Yoda, 2019). Kepemimpinan memiliki peran penting dalam perilaku organisasi dimana peran pemimpin yang seharusnya mampu mengarahkan staffnya sesuai tujuan dan juga meningkatkan kinerja organisasi (Robbins, 2017). Kompetensi pemimpin diidentifikasi dengan mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik, diantaranya ketrampilan, pengetahuan serta kemampuan menuju keberhasilan organisasi. Kompetensi lainnya mampu menunjukkan ketrampilan dan perilaku dalam budaya organisasi, mengkomunikasikan visi organisasi dan mengelola perubahan (Marquis & Huston, 2017). Kompetensi atau kemampuan pemimpin dalam menjalankan organisasi tidak bisa luput dari peran pemimpin itu sendiri.

B. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Organisasi perlu melakukan fungsi pengendalian terhadap produktivitas, inovasi, dan keluaran dari kualitas pelayanan. Pada fungsi pengendalian, kinerja diukur berdasarkan standar yang telah ditetapkan, kemudian bila terjadi perbedaan dengan standar, maka dilakukan tindakan atas perbedaan kinerja dibanding standar. Fungsi pengendalian seharusnya tidak hanya dipandang sebagai upaya mengidentifikasi kesuksesan atau ketidakberhasilan, bagaimana usaha untuk melakukan usaha perbaikan, baik secara individu maupun profesi (Marquis & Huston, 2017).

Peran pimpinan keperawatan dalam menjaga dan meningkatkan mutu diantaranya adalah dengan: mendorong staf aktif dalam setiap kegiatan mutu, melakukan sosialisasi yang jelas terkait standar yang akan diterapkan, menyusun bersama ketetapan standar untuk kualitas yang maksimal, mengimplementasikan kendali mutu proaktif, menggunakan kendali sebagai metode menentukan alasan tidak tercapainya tujuan serta aktif dalam penyusunan kebijakan untuk mensosialisasikan temuan dari monitoring

kepada tenaga kesehatan lainnya atau pelanggan. Selain peran, fungsi pimpinan keperawatan diantaranya adalah: bersama personel lain di organisasi menyusun standar praktik yang terukur dan mudah laksana, memilih dan menggunakan proses yang tepat sebagai alat kendali mutu, mendapatkan akses informasi yang tepat, menentukan ketidaksesuaian antara asuhan dengan standar di unit, menggunakan temuan kendali mutu sebagai ukuran kinerja dan penghargaan, mengikuti pemerintah, mengakreditasi dan melisensi peraturan yang mempengaruhi kendali mutu, serta aktif berpartisipasi dalam praktik terbaik (Marquis & Huston, 2017).

C. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja di beberapa organisasi menggunakan istilah ini untuk mengukur kompetensi, laporan efektivitas, dan peringkat layanan, juga menilai seberapa baikkaryawan melakukan tugas pekerjaan mereka sesuai uraian tugas atau beberapa kriteria yang telah ditentukan sebelumnya (Marquis & Huston, 2017). Penilaian kinerja berarti mengevaluasi pekerjaan orang lain. Penilaian kinerja konvensional sebagai evaluasi yang sistematis dan terstandarisasi dari seorang karyawan oleh atasannya, yang ditujukan mengukur nilai yang dirasakan dari kontribusi kerja karyawan, kualitas kerja, dan potensi untuk kemajuan. Evaluasi kinerja merupakan alat penting yang dapat mengkarakterisasi profil para profesional, yaitu pengetahuan kognitif, prosedural dan sikap mereka, dalam hal ini terutama perawat dan berdasarkan diagnosis ini, untuk membangun dan menerapkan strategi untuk meningkatkan pembelajaran. Evaluasi kinerja perawat terdiri dari 5 domain, yaitu profesionalisme, komunikasi, manajemen, proses keperawatan dan pemecahan masalah (Soares et al., 2019).

Penilaian kinerja adalah interaksi formal terstruktur antara atasan dan bawahannya yang biasanya dilakukan dalam bentuk wawancara di mana kinerja bawahan dibahas, kelemahan dan kekuatan diidentifikasi. Identifikasi lainnya adalah peluang untuk peningkatan dan pengembangan keterampilan. Ini juga dapat memberikan dasar untuk banyak tindakan personel lainnya seperti: pembayaran kinerja, pelatihan dan pengembangan

Karir , promosi dan penempatan, pengakuan dan penghargaan, tindakan disipliner, dan mengidentifikasi kriteria seleksi (Randhawa, 2017).

D. Dampak Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja sebagai salah satu fungsi manajemen dalam pengendalian adalah untuk mengetahui sejauh mana tugas yang dilakukan sudah sesuai dengan uraian tugasnya. Melalui penilaian kinerja karyawan akan mengetahui tingkatan kemampuan kinerjanya dibandingkan dengan harapan dari organisasi. Penilaian kinerja akan menghasilkan informasi untuk pertimbangan kenaikan gaji, promosi, rotasi atau mutasi, tindakan penegakan disiplin dan pemberhentian (Marquis & Huston, 2017). Sebuah penilaian kinerja yang efektif dapat mendorong pertumbuhan dan pengembangan staf dan meningkatkan retensi. Kinerja karyawan dievaluasi sesuai dengan uraian tugas dan standar praktik yang ditetapkan. Murray (2017) memaparkan bahwa pemimpin dan manajer perawat dapat menggunakan penilaian kinerja untuk alasan berikut:

- Menilai karyawan baru pada akhir status percobaan untuk menentukan apakah tingkat kinerja minimum untuk suatu posisi telah terpenuhi;
- Memberikan pengakuan atas pencapaian atau umpan balik yang konstruktif ketika peningkatan kinerja diperlukan;
- Melakukan tinjauan kinerja tahunan terhadap tujuan masa lalu karyawan, termasuk kinerja yang terkait dengan uraian tugas.

Penelitian mengenai dampak dari penilaian kinerja oleh Fentianah (2012) menyatakan dampak dari penilaian kinerja dapat membantu para pemimpin keperawatan untuk mencapai rencana strategis dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, keamanan praktik, efektivitas biaya dan kepuasan keseluruhan pemangku kepentingan. Selain berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan, penilaian praktek profesional keperawatan berkelanjutan juga menjadi bahan pertimbangan untuk kenaikan jenjang karir perawat. Penilaian yang dilakukan secara terus menerus dan minimal dilakukan evaluasi setiap tahun, menjadikan penilaian kinerja perawat bersifat lebih objektif dan terukur, sehingga dengan demikian lebih mudah untuk menjadi bahan pertimbangan kenaikan jenjang karir.

3. METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan oleh peneliti pada penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan interpretatif deskriptif dengan pengambilan data melalui *Focus Group*

Discussion. Penelitian ini juga menggunakan disain dengan pendekatan naratif. Studi pada penelitian ini adalah pemahaman mendalam mengenai persepsi dan pengalaman yang didapatkan dari penerapan model penilaian kinerja dengan wawancara dan *Focus Group Discussion*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini sesuai yang telah dijelaskan pada metode penelitian, Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling. Partisipan berjumlah tujuh orang yang terdiri dari 6 perempuan dan 1 laki-laki. Tujuh partisipan tersebut merupakan Ketua Komite Keperawatan sebanyak 5 orang dan anggota sub kredensial keperawatan

sebanyak 2 orang yang bekerja di 5 rumah sakit swasta di Batam, Pekanbaru, Panam dan Ujung Batu. Tujuh partisipan sudah melalui bidang pekerjaan nya di komite keperawatan termasuk terlibat dalam proses penilaian kinerja perawat. Biodata dari partisipan diambil dari lembar persetujuan yang telah diisi dan ditandatangani oleh partisipan.

B. Hasil Analisis Tematik

Proses pengolahan data untuk menemukan tema dimulai dengan mendengarkan berulang-ulang hasil wawancara melalui *focus group discussion* (FGD), kemudian melakukan transkrip hasil rekaman ke dalam bentuk data verbatim. Peneliti membaca dan membaca ulang hasil transkrip dan mencocokkan dengan rekaman. Peneliti mengelompokkan jawaban partisipan yang telah ditranskrip sesuai dengan pertanyaan penelitian. Dalam setiap lembaran jawaban partisipan tersebut, peneliti mengidentifikasi kata kunci yang sesuai dengan tujuan penelitian. Kemudian kata kunci yang sana dikelompokkan dalam satu kategori, setelah itu ditentukan sub tema dan tema. Berdasarkan analisis hasil wawancara mendalam dihasilkan 4 tema. Adapun tema-tema tersebut adalah (1) pemahaman Komite Keperawatan dalam penilaian kinerja perawat manajer, (2) hambatan dan tantangan dalam penilaian kinerja, (3) harapan dan keinginan memperbaiki penilaian kinerja, dan (4) dampak yang dirasakan dalam penilaian kinerja.

C. Pemahaman Komite Keperawatan Dalam Penilaian Kinerja Perawat Manajer Mengenai Metode Penilaian Kinerja, Pihak Yang Memberikan Penilaian Dan Kriteria Kompetensi Penilaian Kinerja

Metode penilaian kinerja dari hasil wawancara dengan partisipan yang telah dilakukan adalah dengan penilaian 360 derajat, ujian tulis, wawancara serta supervisi langsung.

Penilaian kinerja dengan metode 360 derajat terhadap perawat manajer yang dilakukan oleh nurse aid dan teknisi dengan kriteria penilaian mengenai kepemimpinan (komunikasi, pemberian dukungan, role model dan gaya kepemimpinan) merupakan metode untuk memberikan umpan balik dari anggota tim (Rodrigues Rodriguez, E., de Oliveira, J., Neto, D., Campos, M, 2016). Studi lainnya mengenai penilaian kinerja dengan model 360 derajat menyatakan bahwa metode 360 derajat merupakan metode yang komprehensif yang didasarkan pada proses kerja. Metode ini hasil penilaiannya lebih realistis karena kriteria diberi pembobotan. Pada studi ini penilaian dilakukan terhadap perawat, supervisor, tim kerja dan juga penilaian diri (Meghdad, R., Nayereh, R., Zahra, S., Houriey, Z., Rez, N, 2016). Studi penilaian kinerja dengan metode 360 derajat efektif untuk melihat analisa menyeluruh dari kinerja karyawan (Ayomikum, Idowu, 2017). Penilaian kinerja berarti mengevaluasi pekerjaan orang lain. Penilaian kinerja konvensional sebagai evaluasi yang sistematis dan terstandarisasi dari seorang karyawan oleh atasannya, yang ditujukan mengukur nilai yang dirasakan dari kontribusi kerja karyawan, kualitas kerja, dan potensi untuk kemajuan. Evaluasi kinerja merupakan alat penting yang dapat mengkarakterisasi profil para profesional, yaitu pengetahuan kognitif, prosedural dan sikap mereka, dalam hal ini terutama perawat dan berdasarkan diagnosis ini, untuk membangun dan menerapkan strategi untuk meningkatkan pembelajaran. Evaluasi kinerja perawat terdiri dari 5 domain, yaitu profesionalisme, komunikasi, manajemen, proses keperawatan dan pemecahan masalah (Soares et al., 2019). Penilaian kinerja adalah interaksi formal terstruktur antara atasan dan bawahannya yang biasanya dilakukan dalam bentuk wawancara di mana kinerja bawahan dibahas, kelemahan dan kekuatan diidentifikasi. Identifikasi lainnya adalah peluang untuk peningkatan dan pengembangan keterampilan. Ini juga dapat memberikan dasar untuk banyak tindakan personel lainnya seperti: pembayaran kinerja, pelatihan dan pengembangan Karir, promosi dan penempatan, pengakuan dan penghargaan, tindakan disipliner, dan mengidentifikasi kriteria seleksi (Randhawa, 2017).

D. Hambatan Dan Tantangan Dalam Penilaian Kinerja Dengan Adanya Rangkap Jabatan, Kurangnya Kedisiplinan, Dan Ketidakjelasan Jenjang Karir

Partisipan dari hasil wawancara menyebutkan bahwa hambatan dalam penilaian kinerja yang dilalui diantaranya adalah adanya jabatan yang rangkap, kurang disiplin dalam dokumentasi penilaian dan juga ketidakjelasan jenjang karir. Salah satu studi mengenai hambatan dalam penilaian kinerja perawat manajer menyatakan bahwa penyebab diantaranya adalah tidak mengikuti pelatihan, tampilan manajemen yang kurang baik, kurangnya koordinasi dalam pelayanan, keterbatasan sumber daya finansial, dan kurang kesadaran terkait

uraian tugas (Divshali, M., Mishavan, A., Firouzkouhi, 2015). Studi lain mengatakan bahwa hambatan terkait kepemimpinan keperawatan salah satunya karena peran yang dimainkan terlalu kompleks, studi tersebut juga menyatakan salah satu hambatan dalam menjalankan peran sebagai leader adalah kurangnya waktu untuk mengembangkan kemampuan leadership. Hal lain yang menjadi hambatan adalah ketidakjelasan jenjang struktur perawat manajer dalam organisasi, dan juga kurangnya waktu dalam menjalankan tugas, dimana perawat manajer bekerja dengan waktu kerja yang lebih panjang (Hughes, V. (2018). Dalam penelitian lain kesimpulan yang didapatkan bahwa seorang perawat manajer yang sukses seharusnya mengembangkan kompetensi yang memiliki keterkaitan dengan praktik agar mampu menghadapi tantangan layanan kesehatan sehingga mampu meningkatkan lingkungan kerja, asuhan pasien keselamatan pasien dan tujuan organisasi (Garcia, A., Carral, A., Villarejo, J., Sanchez, P., 2020).

E. Harapan Dan Keinginan Dalam Perbaikan Penilaian Kinerja Dengan Penilaian Berkelanjutan, Melakukan Rekredensial, Meningkatkan Jenjang Karir Dan Menjalankan Pendidikan Berkelanjutan

Penilaian kinerja dari hasil wawancara dengan partisipan menyatakan bahwa harapan dalam meningkatkan penilaian kinerja adalah dengan monitoring berkelanjutan, melakukan rekredensial, meningkatnya jenjang karir dan menjalankan pendidikan berkelanjutan. Studi mengenai evaluasi kompetensi perawat manajer dengan menggunakan Chase NMCI (Nurse Manager Competency Instrument) hasilnya adalah perawat manajer memiliki kesempatan perubahan yang positif melalui evidence-based practice dalam meningkatkan kompetensi komunikasi (Ross, M., 2021). Sistem penilaian kinerja bisa digunakan untuk mengevaluasi profesionalisme perawat di institusi dari perspektif keperawatan. Studi mengenai hal ini mengembangkan model yang adil dan objektif untuk melakukan penilaian profesionalitas perawat, termasuk yang diteliti adalah pengembangan karir, kompetensi dan ketrampilan leadership menggunakan instrument PLS-SEM (Kim, Y.H., Jung, Y.S., Min, J., Song, E.Y., Ok, J.H., Lim, C., Kim, K., Kim, J.S., 2017).

Studi lainnya mengembangkan proses penilaian kinerja menggunakan peer-led yang hasilnya adalah memperbaiki objektivitas dengan jelas, konsisten, dan mempersingkat panduan dan juga menghasilkan manfaat pemberdayaan dari *peer reviewer* dalam pengembangan ketrampilan sebagai pemimpin seperti mentoring, belajar melakukan interview, dan membangun consensus (DeMarco, K., Pasadino, F., 2021).

F. Dampak Yang Dirasakan Dalam Penilaian Kinerja Dengan Meningkatnya

Motivasi, Jenjang Karir, Mutu Dan Keselamatan Pasien

Penilaian kinerja memiliki hubungan terhadap motivasi kerja, dimana faktor motivasi kerja secara intrinsik dan ekstrinsik memiliki dampak positif terhadap penilaian kinerja, dimana ditemukan bahwa responden menunjukkan perilaku dan efek yang positif dari pemberian penghargaan dan pengakuan (Ayomikum, Idowu (2017). Penelitian mengenai dampak dari penilaian kinerja oleh Fentianah (2012) menyatakan dampak dari penilaian kinerja dapat membantu para pemimpin keperawatan untuk mencapai rencana strategis dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, keamanan praktik, efektifitas biaya dan kepuasan keseluruhan pemangku kepentingan. Selain berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan, penilaian praktek profesional keperawatan berkelanjutan juga menjadi bahan pertimbangan untuk kenaikan jenjang karir perawat. Studi mengenai kemampuan kepemimpinan perawat terkait dampak lingkungan kerja terhadap kualitas asuhan pasien menyatakan bahwa pengaruh terhadap rendah kemampuan perawat manajer dalam memimpin dan mendukung perawat serta kurang baiknya hubungan perawat dengan dokter berdampak pada sering/sangat sering terjadi pelaporan terhadap kesalahan obat (Moisoglou, et. Al., 2020). Studi lain yang meneliti pengaruh kepemimpinan dalam kualitas pelayanan dimana hasilnya menyatakan bahwa 4 dimensi dari kepemimpinan yang autentik yaitu kesadaran diri (*p value* : 0.12), perspektif moral internal (*p value*, 0.19), proses yang seimbang (*p value* : 0.08) serta dalam berhubungan (*p value* : 0.11) memiliki keterkaitan yang positif terhadap kualitas asuhan pasien (Puni, A., Hilton, S.K., 2020). Studi mengenai intervensi kepemimpinan keperawatan yang mampu meningkatkan hasil asuhan pasien, serta dampak terhadap mutu dan keselamatan pasien. Meningkatnya kemampuan dalam kepemimpinan serta keterlibatan dalam perubahan layanan kesehatan akan berdampak pada engagement staff serta peningkatan mutu dan keselamatan pasien (Calzone, K,A., Jenkins, J., Culp, S., Badzek, 2017). Penelitian mengenai penilaian kinerja perawat manajer yang dilakukan oleh Tosun, A., Yildirim, A. (2021) dengan menggunakan NMPES (Nursing Managers Practice Environment Scale's) menunjukkan bahwa perawat manajer yang bekerja lebih dari 11 tahun hasil evaluasinya lebih positif terhadap penilaian terkait keselamatan pasien (*p value* 0.014), budaya (*p value* 0.28) dan produktivitas (*p value*, 0.007) serta hubungan interprofessional (0.37). Penelitian lainnya mengenai penilaian kinerja perawat manajer dilakukan oleh Ross, M. (2021) dalam penelitiannya tentang evaluasi kompetensi perawat manajer menggunakan Chase NMCI (Nurse Manager Competency Instrumen) hasilnya adalah perawat manajer memiliki kesempatan perubahan yang positif melalui evidence-based practice dalam meningkatkan kompetensi komunikasi. Hasil penelitian dari systematic review yang dilakukan pada 16 artikel

penelitian menunjukkan bahwa dampak dari pengelolaan jenjang karir pada perawat di rumah sakit diantaranya adalah peningkatan karir, perkembangan ketrampilan dan pendidikan. Perkembangan mentorship mempengaruhi secara signifikan terhadap kompetensi (Pertiwi, B., Hariyati, R. (2018). Studi lainnya menyatakan bahwa kompetensi kepemimpinan perawat manajer yang mampu berdampak pada kualitas kerja dengan p value 0.010, dimana berdampak pada bagaimana pimpinan keperawatan mampu mengelola unit serta menghadapi perubahan (Hussamin, M., Hamad, S., Darrawad, M., Mahameh, M., 2016).

G. Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian yang telah didapatkan dari wawancara melalui focus group discussion dan dilakukan analisa data, maka berikut adalah implikasi yang dapat digunakan untuk peningkatan di bidang keperawatan, khususnya manajemen keperawatan, yaitu :

a. Tenaga Keperawatan

Hasil penelitian bisa dijadikan acuan atau pengembangan pedoman kompetensi kepemimpinan apa saja untuk perawat manajer yang efektif sehingga dampaknya bisa untuk kepuasan kerja, motivasi kerja serta pengembangan profesi individu perawat manajer.

b. Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian bisa dijadikan bahan bacaan, referensi, rujukan dalam mata kuliah manajemen keperawatan, bagaimana kompetensi perawat manajer yang efektif untuk proses pengembangan profesi perawat manajer.

c. Institusi Pelayanan

Penelitian mengenai penilaian perawat manajer bisa dikembangkan dan diaplikasikan model yang paling sesuai dan efektif untuk meningkatkan kualitas asuhan dan pelayanan keperawatan juga keselamatan pasien.

d. Penelitian Keperawatan

Hasil dari penelitian dapat menjadikan penelitian selanjutnya dalam mengembangkan model penilaian kinerja bagi perawat manajer yang efektif untuk pengembangan profesi keperawatan.

5. KESIMPULAN

Penelitian yang telah dilakukan telah menjawab tujuan dari penelitian untuk mengetahui persepsi dan pengalaman komite keperawatan dalam penilaian kinerja perawat manajer. Pemahaman, hambatan dan tantangan, harapan serta dampak dari penilaian kinerja perawat

manajer oleh partisipan telah disampaikan. Kriteria kompetensi yang dilakukan untuk menilai perawat manajer meliputi peran dan fungsi kepemimpinan, menjaga kualitas dan juga *soft skill*. Penilaian kinerja perawat manajer yang efektif dari hasil penelitian dan juga literatur penelitian lainnya menunjukkan berdampak positif terhadap peningkatan kompetensi, jenjang karir, motivasi kerja dan juga kualitas pelayanan. Model penilaian kinerja perawat manajer masih perlu dikembangkan untuk mencari model yang paling efektif dalam hal tersebut.

DAFTAR REFERENSI

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). Metode penelitian kualitatif dalam riset keperawatan. Rajawali Press.
- Asiabar, A. S. M., Mehr, M. H. K., & Arabloo, J. (2020). Leadership effectiveness of hospital managers in Iran: A qualitative study. *Leadership in Health Services*, 33(1), 43–55. <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2019-0020>
- Ayomikum, I. (2017). Effectiveness of performance appraisal system and its effect on employee motivation. *Nile Journal of Business and Economics*, 5, 15–39. <https://doi.org/10.20321/nilejbe.v3i5.88>
- Bull, S. S., Breslin, L. T., Wright, E. E., Black, S. R., Levine, D., & Santelli, J. S. (2010). Case study: An ethics case study of HIV prevention research on Facebook. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(10), 1082–1092. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq126>
- Calzone, K. A., Jenkins, J., Culp, S., & Badzek, L. (2018). Hospital nursing leadership-led interventions increased genomic awareness and educational intent in Magnet settings. *Nursing Outlook*, 66(3), 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.010>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (4th ed.). SAGE Publications.
- DeMarco, K., & Pasadino, F. (2021). The next step in the journey: Transforming a nursing professional advancement program for the new millennium. *Nurse Leader*. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.010>
- Divshali, M., Mishavan, A., & Firouzkouhi. (2015). Evaluation of scales and barriers of managerial performance of head nurses based on BARS performance evaluation model in Rasht. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 4(1), 1–7.
- Dougan, B. M., Montori, V. M., & Carlson, K. W. (2018). Implementing a hospitalist program in a critical access hospital. *The Journal of Rural Health*, 34(1), 109–115. <https://doi.org/10.1111/jrh.12190>
- Fan, L. H., Gao, L., Liu, X., Zhao, S. H., Mu, H. T., Li, Z., Shi, L., Wang, L., Jia, X., Ha, M., & Lou, F. G. (2017). Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. *PLOS ONE*, 12(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190123>

- Fentianah, N. A. A. (2012). Nursing competence on quality of nursing care & safety of nursing practice [Disertasi doktoral, UMI Dissertation Publishing].
- Hariyati, R. T. S. (2022). Systematic review: Bahan ajar mata kuliah metode penelitian kuantitatif. Universitas Indonesia.
- Hidayati, T., Makhrus, I., & Tjitra, E. (2021). Pengaruh pengembangan penilaian kinerja perawat rawat inap oleh kepala ruang terhadap pencapaian standar kinerja perawat di Rumah Sakit Sumber Waras. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(2). <https://doi.org/10.33846/sf12206>
- Holley, S., & Ketel, C. (2014). Ongoing professional practice evaluation & focused professional practice evaluation: An overview for advanced practice clinicians. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12190>
- Huber, D. L. (2010). Leadership and nursing care management (4th ed.). Saunders Elsevier.
- Hughes, V. (2018). What are the barriers to effective nurse leadership? A review. *Athens Journal of Health*, 5(1), 7–20. <https://doi.org/10.30958/ajh.5-1-1>
- Hussein, Z. A., & Saadoon, N. Y. (2021). Assessment of nurses' challenges regarding healthcare system in Hilla city. *Annals of R.S.C.B.*, 25(6), 530–539.
- Katadata. (2019, Agustus 21). Infografik: Berobat ke luar negeri favorit masyarakat Indonesia. <https://katadata.co.id/timpublikasikatadata/infografik/5e9a5033b820a/infografik>
- Kim, Y. H., Jung, Y. S., Min, J., Song, E. Y., Ok, J. H., Lim, C., Kim, K., & Kim, J. S. (2017). Development and validation of a nursing professionalism evaluation model in a career ladder system. *PLOS ONE*, 12(10), e0186310. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186310>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2018). Instrumen survei standar nasional akreditasi rumah sakit (Edisi 1.1). KARS.
- Lungu, E. A., Obse, A. G., Darker, C., & Biesma, R. (2018). What influences where they seek care? Caregivers' preferences for under-five child healthcare services in urban slums of Malawi: A discrete choice experiment. *PLOS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189940>
- Mansfield, J. A., Jacobs, B. S., Drenkard, K., & Niederhauser, V. (2022). Nurse executives impacting the human experience in health care. *Nurse Leader*. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.12.007>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application (9th ed.). Wolters Kluwer.
- Megatsari, H., Laksono, A. D., Rodho, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2018). Perspektif masyarakat tentang akses pelayanan kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 247–253. <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.231>
- Meghdad, R., Nayereh, R., Zahra, S., Houriey, Z., & Rez, N. (2020). Assessment of the

- performance of nurses based on 360-degree model and fuzzy multi-criteria decision making method (FMCDM) and selecting qualified nurses. *Heliyon*, 6, e03257. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03257>
- Moisoglou, I., Yfanis, A., Gelanis, P., Pispirigou, A., Chatzimargaritis, E., Theoxari, A., & Prezerakos, P. (2020). Nurses' work environment and patients' quality of care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 108.
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership & management: For patient safety & quality*. Jones & Bartlett Learning.
- Mustika, D., & Sari, K. (2019). Kepuasan pasien terhadap layanan rawat inap RSUD Jagakarsa tahun 2017/2018. *Jurnal ARSI*, Juni.
- Mustofa, A., Roeminiati, S., & Damajanti, S. L. (2019). *Administrasi pelayanan kesehatan masyarakat*. Jakad Media Publishing.
- Najavi, L., Emami, H., & Hamidi, Y. (2011). Performance evaluation and its effects on employees' job motivation in Hamedan City Health Centers. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(10), 813–817.
- Nursaalam. (2014). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional* (Edisi 4). Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 425 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perawat*.
- Person, M. L., Albon, S. P., & Hubbal, H. (2015). Case study methodology: Flexibility, rigour, and ethical considerations for scholarship of teaching and learning. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 6(3). <https://doi.org/10.5206/cjsotl-rcacea.2015.3.12>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Puni, A., & Hilton, S. K. (2020). Dimensions of authentic leadership and patient care quality. *Leadership in Health Services*, 33(4), 365–383. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2019-0071>
- Puspita, N. R., & Mustakim. (2021). Persepsi pasien dalam implementasi pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19 di wilayah Kota Bekasi tahun 2020. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 17(1). <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK>
- Raharjo, M. (2017). *Studi kasus dalam penelitian kualitatif: Konsep dan prosedurnya*. UIN Maulana Malik Ibrahim.
- Randazzo, G. (2018). Challenges and opportunities facing nurse executives in the era of value-based care. *Nurse Leader*. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.12.007>
- Randhawa, N. (2017). Performance evaluation system—Key to employee development. *International Journal of Research in Business Management*, 5(11), 21–34.

- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2017). *Organizational behaviour* (17th ed., Global Edition). Pearson.
- Rodriguez, E., de Oliveira, J., Neto, D., & Campos, M. (2016). Nurses' leadership evaluation by nursing aides and technicians according to the 360-degree feedback method. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 29–36. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50491>
- Rose, M. (2012). *An evidence-based project: Exploring nurse manager communication competencies and skill development* [Proyek studi, James Madison University, School of Nursing].
- Shillam, C. R., Adams, J. A., Bryant, D. C., Deupree, J. P., Miyamoto, S., & Gregas, M. (2018). Development of the Leadership Influence Self Assessment (LISA©) instrument. *Nursing Outlook*, 66(2), 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.009>
- Siswanto, H., Makmur, M., & Lastiti, N. (2018). Analisis pelayanan kesehatan dalam operasional program mobil sehat. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(11), 1821–1826.
- Siswanto, Susila, & Suyanto. (2017). *Metodologi penelitian kombinasi kualitatif kuantitatif kedokteran dan kesehatan*. Boss Script.
- Soares, M. I., Leal, L. A., Resck, Z. M. R., Terra, F., Chaves, L. D. P., & Henriques, S. H. (2019). Competence-based performance evaluation in hospital nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3184. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>
- Tosun, A., & Yildirim, A. (2021). Evaluation of nurse manager practice environment. *International Journal of Caring Sciences*, 14(2), 1437.
- Waltz, C. F., & Jenkins, L. S. (2001). *Measurement of nursing outcomes* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Weaver, S. H., Cadmus, E., & Lindgren, T. G. (2018). Profile of the administrative supervisor: What do we know? *Nurse Leader*, 16(2), 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.11.007>
- Wise, Y. P. (2019). *Leading and managing nursing* (7th ed.). Elsevier.
- Yona, S. (2006). Penyusunan studi kasus. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 10(2), 76–80.



Perilaku Picky Eating sebagai Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia Pra-Sekolah

Brivian Florentis Yustanta

Program Studi S1 Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Kediri,
Indonesia

Email: brivianflorentis@gmail.com

Alamat: Jalan Soekarno Hatta No.7, Kecamatan Pare, Kabupaten Kediri

*Penulis Korespondensi

Abstract. *Picky eating behavior if it continues will result in a lack of nutritional needs, causing children's growth and development to be disrupted as a result children experience less than optimal nutrition. The purpose of this study was to determine the relationship between picky eating behavior and nutritional status in children aged 36-60 months at Santa Maria Pare Kindergarten, Kediri Regency. The analytic research design uses a cross sectional approach. The independent variable is picky eating behavior and the dependent variable is nutritional status. The population is 95 children with a sample of 76 respondents. The sampling technique used simple random sampling. Data collection was carried out on 17 – 22 July 2023 at Santa Maria Pare Kindergarten, Kediri Regency. The research instrument used the CEBQ (Child Eating Behavior Questionnaire) questionnaire and digital scales. Data analysis used the contingency coefficient test. The results showed that 42 children (53.9%) were picky eatings and 39 had a poor nutritional status (51.3%). The contingency coefficient test results $p = 0.002 < 0.05$ which indicates H_1 is accepted, meaning that there is a very close relationship between picky eating behavior and nutritional status. Picky eating occurs depending on the diet and type of food consumed by the child, if the intake of other energy sources is sufficient to meet their energy and protein needs, thereby protecting the child from decreasing nutritional status and maintaining normal nutrition.*

Keywords: Behavior; Growth; Nutritional Status; Picky Eating; Preschool Children

Abstrak. Perilaku picky eating apabila berlangsung terus menerus akan mengakibatkan terjadinya kekurangan kebutuhan zat gizi sehingga menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu akibatnya anak mengalami gizi yang kurang optimal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri. Desain penelitian ini analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Variabel independen yaitu perilaku picky eating dan variabel dependen yaitu status gizi. Populasi sebanyak 95 anak dengan sampel yang digunakan 76 responden. Teknik sampling menggunakan simple random sampling. Pengumpulan data dilaksanakan tanggal 17 – 22 Juli 2023 di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire) dan timbangan digital. Analisa data menggunakan uji koefisien kontingensi. Hasil penelitian didapatkan anak yang mengalami picky eating sejumlah 42 (53,9%) dan memiliki status gizi yang kurang sejumlah 39 (51,3%). Hasil uji koefisien kontingensi $p = 0,002 < 0,05$ yang menunjukkan H_1 diterima artinya ada hubungan perilaku picky eating dengan status gizi yang sangat erat. Picky eating terjadi tergantung dari pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi oleh anak, apabila asupan sumber energi lain cukup memenuhi kebutuhan energi maupun proteinnya, sehingga menjaga anak dari terjadinya penurunan status gizi dan gizi tetap normal.

Kata Kunci: Anak Prasekolah; Perilaku; Pertumbuhan; Pilih-Pilih Makanan; Status Gizi

1. LATAR BELAKANG

Indonesia termasuk salah satu negara berkembang yang menghadapi tantangan dalam hal tumbuh kembang anak. Dari 117 negara, Indonesia tergolong dalam kelompok yang mengalami masalah pertumbuhan, terutama pada anak usia 3–5 tahun atau usia prasekolah. Masalah tumbuh kembang ini menjadi perhatian tidak hanya bagi negara berkembang, tetapi juga negara maju (Yulianti et al., 2023).

Pada tahap pertumbuhan anak, pemenuhan kebutuhan gizi sering kali tidak berjalan optimal. Anak kerap mengalami berbagai kendala, seperti sulit mengunyah dan menelan, menolak makan, hingga terbiasa memilih-milih makanan (Judarwanto, 2016). Anak prasekolah umumnya menunjukkan kecenderungan menjadi picky eater, hanya mau makan makanan tertentu dengan cara yang spesifik. Misalnya, anak usia 3 hingga 4 tahun dapat mengonsumsi makanan yang sama terus-menerus dalam beberapa hari karena kesukaannya terhadap makanan tersebut. Padahal pada usia prasekolah, pemenuhan zat gizi sangat penting agar tumbuh kembang berjalan optimal. Nutrien utama seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral seharusnya dikonsumsi secara seimbang (Mansur, 2019). Namun kenyataannya, masalah makan seperti picky eating dapat meningkatkan risiko anak mengalami gangguan gizi seperti kurang gizi, tubuh pendek (stunting), atau kurus (wasting) (Wijayanti, 2018).

Menurut data UNICEF tahun 2016, sekitar 26,3% anak di Asia Tenggara yang berusia di bawah lima tahun mengalami gangguan tumbuh kembang, baik dari aspek fisik maupun kognitif, dengan prevalensi malnutrisi mencapai 9,2%. Di London, Inggris, tercatat bahwa sekitar 17% anak usia 3 tahun memiliki nafsu makan rendah, dan 12% di antaranya mengalami picky eating (Priyanti, 2013). Penelitian di Tiongkok tahun 2017 menunjukkan bahwa prevalensi picky eating lebih tinggi pada anak usia 24–35 bulan (36%), dibandingkan dengan anak usia 6–11 bulan (12%) (Li Z, 2017).

Di Indonesia, khususnya di wilayah Gamping Kidul, Kecamatan Gamping, Sleman, Yogyakarta, sebanyak 25,81% anak usia 12–36 bulan dilaporkan mengalami perilaku picky eating (Arifah, 2016). Penelitian di Semarang juga menunjukkan bahwa 60,3% anak mengalami kondisi serupa. Temuan dari berbagai wilayah ini menunjukkan bahwa picky eating merupakan fase umum yang dialami anak usia prasekolah, sebagai bagian dari proses tumbuh kembang. Pada usia ini, anak mulai menunjukkan keinginan untuk mengeksplorasi hal-hal baru, termasuk makanan, dan meniru perilaku orang-orang terdekat, namun masih bergantung pada orang tua dalam pemenuhan kebutuhan dasar (Anthony, 2010).

Dalam studi yang dilakukan oleh Wijayanti dan Rosalina (2018) terhadap 207 orang tua dengan anak usia taman kanak-kanak di Semarang, ditemukan bahwa 25 anak (54,3%) dengan perilaku picky eating memiliki status gizi kurus, sedangkan 21 anak (45,7%) lainnya dengan perilaku yang sama memiliki status gizi normal. Sementara itu, pada kelompok anak yang tidak mengalami picky eating, terdapat 13 anak (24,5%) dengan status gizi kurus dan 40 anak (75,5%) dengan status gizi normal.

Perilaku picky eating atau kebiasaan memilih-milih makanan merupakan salah satu masalah yang penting untuk diperhatikan, baik oleh orang tua maupun oleh tenaga kesehatan.

Anak dengan perilaku ini sebenarnya tetap dapat makan makanan yang umum dikonsumsi, namun mereka cenderung menolak makanan tertentu berdasarkan tekstur, aroma, atau rasa yang tidak disukai (IDAI, 2016). Beberapa anak bahkan hanya mau mengonsumsi makanan dari merek tertentu, memilih makanan yang lunak, atau yang memiliki warna terang seperti keju dan pasta polos.

Pada masa usia prasekolah, anak mulai terpapar berbagai jenis makanan termasuk makanan siap saji. Kondisi ini dapat memengaruhi preferensi makan anak, di mana mereka cenderung menyukai makanan ringan dan menolak konsumsi sayuran. Tak jarang, anak juga lebih memilih bermain saat waktu makan, sehingga menjadi rewel ketika disuapi (Dewi, 2017). Picky eating sering muncul selama masa kanak-kanak dan dapat menimbulkan kekhawatiran, karena pola makan yang tidak seimbang dan asupan nutrisi yang kurang memadai dapat berdampak pada pertumbuhan yang terganggu.

Terdapat berbagai faktor yang dapat memicu perilaku picky eating, di antaranya adalah jenis makanan, interaksi saat makan yang kurang baik, pengaruh lingkungan sosial, nafsu makan anak, serta pola asuh makan dan pengawasan dari orang tua. Selain itu, status gizi anak juga dipengaruhi oleh sejumlah faktor lain seperti karakteristik orang tua (misalnya tingkat pendidikan, pengetahuan gizi, pola konsumsi makanan, dan pendapatan), kemudahan memperoleh informasi, akses terhadap air bersih dan sanitasi, praktik gizi dan kesehatan yang diterapkan, pola pengasuhan secara psikososial, jumlah anggota keluarga, serta perilaku makan anak itu sendiri (Riyadi, 2011). Faktor spesifik lain seperti tidak diberikannya ASI eksklusif juga berkontribusi terhadap munculnya perilaku picky eating, karena melalui ASI, anak dapat mulai mengenali berbagai rasa sejak dini (Frizma, 2021).

Perilaku picky eating dapat berdampak negatif terhadap proses pertumbuhan anak. Ketidakseimbangan antara asupan energi dan kebutuhan energi tubuh, khususnya jika konsumsi lebih rendah dari energi yang dikeluarkan, dapat menyebabkan kekurangan zat gizi yang menghambat pertumbuhan, baik pada bayi maupun anak. Jika tidak segera ditangani secara tepat sejak dini, kondisi ini dapat berlanjut hingga dewasa dan berdampak pada kerusakan fisik, mental, dan emosional, bahkan meningkatkan risiko gangguan makan seperti anoreksia dan bulimia, serta kematian (Utami, 2016).

Masa pertumbuhan anak usia prasekolah sangat dipengaruhi oleh asupan gizi yang diperoleh setiap hari dari makanan utama maupun camilan. Karena tidak ada satu jenis makanan yang mampu menyediakan seluruh zat gizi yang dibutuhkan tubuh, maka penting bagi anak untuk mengonsumsi makanan yang beragam guna memenuhi kebutuhan gizi secara menyeluruh (Almatsier, 2009). Oleh karena itu, pada anak usia 36–60 bulan yang mengalami

perilaku picky eating, perhatian dan pengawasan orang tua terhadap pola konsumsi gizi sangatlah penting. Orang tua berperan sebagai penyedia makanan dan minuman harian anak, yang harus mempertimbangkan nilai gizi yang cukup serta sesuai kebutuhan energi mereka. Dengan pengawasan yang tepat, pola konsumsi anak yang cenderung selektif dapat dikendalikan sehingga pertumbuhan dan kesehatan mereka tetap optimal. Selain itu, pengaruh teman sebaya dan perilaku orang tua dalam memberikan contoh serta motivasi dalam pemilihan makanan juga menjadi faktor yang sangat menentukan dalam membentuk kebiasaan makan anak.

2. KAJIAN TEORITIS

Perilaku merupakan bentuk respons individu terhadap suatu rangsangan yang tampak dan memiliki tujuan, baik disadari maupun tidak. Dalam banyak kasus, penyebab di balik suatu perilaku seringkali luput dari perhatian, padahal penting untuk dipahami sebelum berupaya melakukan perubahan perilaku. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Proses pembelajaran merupakan interaksi antara kedua faktor tersebut dalam membentuk perilaku (Wawan, 2011).

Salah satu perilaku yang umum terjadi pada anak adalah kesulitan makan atau picky eating, yaitu kondisi ketika anak menolak makan atau mengalami hambatan dalam mengonsumsi makanan/minuman sesuai jenis dan jumlah yang ideal untuk usianya. Ini mencakup kesulitan mulai dari membuka mulut, mengunyah, menelan, hingga mencerna makanan tanpa bantuan suplemen atau paksaan. Fase picky eating biasanya ditandai dengan keengganan mencoba makanan baru (neofobia) dan terkait erat dengan fase pertumbuhan anak (Handayani, 2020).

Anak yang picky eater umumnya hanya menyukai makanan tertentu, enggan mencoba makanan baru, dan cenderung menolak jenis makanan yang tidak familiar. Akibatnya, asupan makanan menjadi sangat terbatas dan kurang bervariasi, terutama konsumsi sayur dan buah yang rendah karena adanya penolakan makan (Ridha, 2022). Meski demikian, anak dengan picky eating masih dapat mengonsumsi berbagai jenis makanan, baik yang dikenalnya maupun tidak, namun dalam jumlah yang kurang dari kebutuhan tubuh. Preferensi rasa dan tekstur sangat memengaruhi pilihannya. Biasanya mereka tetap mengonsumsi minimal satu makanan dari setiap kelompok gizi seperti karbohidrat, protein, sayuran, buah, atau susu, tetapi dengan kecenderungan lebih rendah dalam konsumsi lemak dan gula (Galloway, 2015).

Status gizi mencerminkan keseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi dalam tubuh, yang diukur melalui berbagai indikator, seperti berat dan tinggi badan (Hardiansyah,

2016). Ini juga dapat dinilai berdasarkan data antropometri, biokimia, serta riwayat konsumsi makanan (Beck, 2020). Salah satu permasalahan gizi yang masih dihadapi di Indonesia adalah gizi kurang, yang sangat dipengaruhi oleh pola makan sehari-hari. Pola makan ini melibatkan jenis, jumlah, dan komposisi makanan yang dikonsumsi, dan sangat menentukan status gizi seorang anak (Hasrul, 2020). Penilaian status gizi umumnya menggunakan parameter antropometri yang dikombinasikan menjadi indeks tertentu. Karena Indonesia belum memiliki standar pengukuran nasional sendiri, maka digunakan standar Havard yang telah disesuaikan (100% baku Indonesia = 50 persentil).

Anak prasekolah berusia 3–5 tahun berada pada masa di mana sistem tubuhnya mulai stabil dan mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan. Masa ini merupakan periode krusial dalam pertumbuhan dan perkembangan, karena berbagai aspek perkembangan anak dapat dimaksimalkan bila didampingi secara tepat sejak dini. Dalam hal ini, dukungan dan keterlibatan keluarga sangat penting, mengingat anak pada usia ini sangat bergantung pada orang dewasa dalam proses tumbuh kembangnya (Suprayitno, 2021).

Hipotesis didalam penelitian ini adalah ada hubungan antara perilaku picky eating dengan status gizi anak prasekolah di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri.

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Variabel independen yaitu perilaku picky eating dan variabel dependen yaitu status gizi. Populasi sebanyak 95 anak dengan sampel yang digunakan 76 responden. Teknik sampling menggunakan simple random sampling. Pengumpulan data dilaksanakan tanggal 17 – 22 Juli 2023 di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire) dan timbangan digital. Analisa data menggunakan uji koefisien kontingensi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Data Umum

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak.

No	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1.	Laki-laki	40	52,6%
2.	Perempuan	36	47,4%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 1 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan setengah dari responden jenis kelamin anak usia 36-60 bulan adalah laki-laki sebanyak 40 responden (52,6%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Ibu.

No	Usia Ibu	Jumlah	%
1.	20 – 35 tahun	62	81,6%
2.	> 35 tahun	14	18,4%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan hampir seluruhnya adalah usia ibu 20 – 35 tahun sebanyak 62 responden (81,6%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan terakhir Ibu.

No	Pendidikan Ibu	Jumlah	%
1.	SD	4	5,3%
2.	SMP	8	10,5%
3.	SMA	22	28,9%
4.	Perguruan Tinggi	37	48,7%
5.	Pascasarjana	5	6,6%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 3 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan setengah dari responden adalah Pendidikan terakhir ibu yaitu Perguruan Tinggi sebanyak 37 responden (48,7%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu.

No	Pekerjaan Ibu	Jumlah	%
1.	PNS	24	31,6%
2.	Wiraswasta	16	21,1%
3.	Swasta	12	15,8%
4.	Tidak Bekerja	23	30,3%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 4 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan hampir dari setengah responden adalah PNS yaitu sebanyak 24 responden (31,6%)

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga.

No	Pendapatan Keluarga	Jumlah	%
1.	Di atas UMR	49	64,5%
2.	Di bawah UMR	27	35,5%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan sebagian besar dari responden adalah pendapatan keluarga di atas UMR yaitu sebanyak 49 responden (64,5%).

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Anak.

No	Usia Anak	Jumlah	%
1.	36 – 47 bulan	27	35,5%
2.	48 – 60 bulan	49	64,5%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 6 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan sebagian besar dari responden adalah usia anak 48 – 60 bulan yaitu sebanyak 49 responden (64,5%).

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alergi Makanan.

No	Alergi Makanan	Jumlah	%
1.	Ya	15	19,7%
2.	Tidak	61	80,3%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 7 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan hampir seluruhnya responden adalah tidak adanya alergi makanan yaitu sebanyak 61 responden (80,3%).

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengasuh Dominan.

No	Pengasuh	Jumlah	%
1.	Orangtua sendiri	43	56,6%
2.	Keluarga dan ortu	16	21,1%
3.	<i>Baby Sitter</i> dan ortu	17	22,4%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 8 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan setengah responden pengasuh adalah orang tua sendiri yaitu sebanyak 43 responden (56,6%).

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Saudara.

No	Jumlah Saudara	Jumlah	%
1.	1	25	32,9%
2.	2	36	47,4%
3.	3	8	10,5%
4.	>3	7	9,2%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 9 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan hampir dari setengah responden adalah jumlah saudara yaitu 2 bersaudara sebanyak 36 responden (47,4%).

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebiasaan Makan.

Kebiasaan Makan	Jumlah	%
Disuapi	30	39,5%
Makan sendiri	46	60,5%
Total	76	100%

Berdasarkan tabel 10 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan sebagian besar dari responden yang kebiasaan makan yaitu makan sendiri sebanyak 46 responden (60,5%).

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Minum Susu.

No	Minum Susu	Jumlah	%
1.	Ya	55	72,4%
2.	Tidak	21	27,6%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 11 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan sebagian besar dari responden yang minum susu yaitu sebanyak 55 responden (72,4%).

Data Khusus

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Perilaku Picky Eating pada Anak Prasekolah.

No	Perilaku picky eating	Jumlah	%
1.	Tidak mengalami picky eating	35	46,1%
2.	Mengalami picky eating	41	53,9%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 12 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan setengah dari responden yang mengalami Picky eating yaitu sebanyak 41 responden (53,9%).

Tabel 13. Disribusi Frekuensi Status Gizi berdasarkan Z-Score BB/U.

No	Status Gizi	Jumlah	%
1.	Gizi Kurang	39	51,3%
2.	Gizi Baik	37	48,7%
	Total	76	100%

Berdasarkan tabel 13 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan sebagian besar dari responden adalah status gizi kurang yaitu sebanyak 39 responden (51,3%).

Tabulasi Silang

Tabel 14. Tabulasi Silang Hubungan Perilaku Picky eating dengan Status Gizi.

Perilaku picky eating	Status Gizi					
	Kurang		Baik		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Tidak mengalami	18	23,7	17	22,4	35	46,1
Mengalami	21	27,6	20	26,3	41	53,9
Total	39	51,3	37	48,7	76	100
P value :	0,002		r : 0,985			

Berdasarkan tabel 14 dapat dijelaskan bahwa dari hasil penelitian dari total 76 responden menunjukkan hampir dari setengah responden mengalami picky eating dan memiliki status gizi kurang yaitu sebanyak 21 responden (27,6%)

Berdasarkan dari hasil pengujian Uji Statistik menggunakan koefisien kontingensi (Contingency Coefficient C) dengan menggunakan SPSS untuk menilai perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36 – 60 bulan didapatkan nilai $p\text{-value}$ adalah $0,002 < \alpha$ lebih kecil 0,005 hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, dimana artinya adanya hubungan yang signifikan antara variable perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri

Dari output SPSS pada tabel 4.14 diperoleh angka koefisien kontingensi sebesar $r = 0,985$ yang menyatakan tingkat kekuatan hubungan antara variabel perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri memiliki hubungan yang sangat erat. Angka koefisien kontingensi hasil pengujian bernilai positif yaitu 0,985 secara statistik ada hubungan perilaku picky eating dengan status gizi anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri.

Hubungan Perilaku Picky Eating dengan Status Gizi Anak Prasekolah

Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) merupakan salah satu indikator status gizi anak yang diperoleh dengan membandingkan berat badan aktual anak terhadap standar berat badan berdasarkan usianya. Indeks ini sangat sensitif dalam mendeteksi gangguan pertumbuhan secara umum, khususnya untuk mengidentifikasi status gizi kurang (underweight) atau sangat kurang (severely underweight), namun kurang tepat digunakan untuk menilai kelebihan berat badan. Mengingat fluktuasi berat badan yang dinamis, BB/U lebih merepresentasikan status gizi anak saat ini (Yustanta, 2024). Penelitian yang dilakukan

oleh Bahagia menunjukkan adanya hubungan signifikan antara perilaku picky eating dengan status gizi anak usia prasekolah berdasarkan indeks BB/U ($p\text{-value} = 0,000$). Picky eating adalah perilaku selektif anak terhadap makanan, yang ditandai dengan keengganan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan preferensi terhadap makanan manis atau makanan favorit tertentu saja.

Salah satu faktor pemicu rendahnya asupan gizi pada anak dengan perilaku picky eating adalah karakteristik tekstur makanan. Anak cenderung menolak makanan dengan tekstur yang licin, lembek, atau sebaliknya terlalu keras yang membutuhkan usaha mengunyah lebih. Tingginya sensitivitas oral terhadap sentuhan dapat mengakibatkan penolakan terhadap rasa dan sensasi makanan tertentu di dalam mulut. Akibatnya, anak dengan perilaku picky eating memiliki keragaman dan jumlah asupan makanan yang rendah, sehingga berisiko kekurangan zat gizi makro dan mikro yang penting bagi proses tumbuh kembangnya. Meski demikian, beberapa anak picky eater tetap dapat mempertahankan status gizi normal jika mereka memperoleh asupan energi dan protein yang memadai dari sumber alternatif seperti susu.

Sejalan dengan hal tersebut, studi oleh Nadhirah (2021) pada 49 anak usia prasekolah di TK Bungong Trueng, Aceh Utara, menemukan bahwa mayoritas responden (53,1%) menunjukkan perilaku picky eating, dengan nilai rata-rata skor 9,3. Sebanyak 55,1% dari mereka berada dalam kategori status gizi kurang. Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan signifikan antara perilaku picky eating dengan status gizi ($p\text{-value} < 0,05$).

Perilaku picky eating berkaitan erat dengan preferensi tekstur makanan dan komposisi asupan harian. Jika makanan yang dikonsumsi anak berkualitas baik dan memenuhi kebutuhan nutrisi, maka status gizinya akan baik pula. Sebaliknya, jika makanan yang dikonsumsi minim gizi, maka status gizinya cenderung menurun. Penelitian Bahagia (2021) mendukung temuan ini, yaitu anak picky eater cenderung tidak menghabiskan makanan, enggan mencoba jenis makanan baru, serta menolak konsumsi sayuran.

Pemberian nutrisi yang tepat, bervariasi, serta disajikan dengan cara menarik seperti pengolahan sayur yang kreatif dapat membantu meningkatkan penerimaan anak terhadap makanan bergizi. Hal ini berperan penting dalam memastikan nutrisi dapat diserap dengan optimal dan mendukung status gizi yang sehat. Penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan erat antara perilaku picky eating dan status gizi pada anak usia 36–60 bulan di TK Santa Maria Pare, Kabupaten Kediri. Meski demikian, status gizi anak tidak hanya ditentukan oleh picky eating saja, tetapi juga oleh berbagai faktor lain seperti tingkat pendidikan, pendapatan, pekerjaan orang tua, serta kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan dan kesehatan anak. Oleh karena itu, anak yang menunjukkan perilaku picky eating

belum tentu mengalami gizi kurang, tergantung pada variasi makanan dan pola makan secara keseluruhan. Orang tua dianjurkan untuk mengenalkan anak pada beragam makanan, memperkenalkan jenis makanan baru secara bertahap, serta tetap memberikan makanan yang familiar sebagai upaya mendukung gizi yang seimbang.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri tahun 2023, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

Perilaku picky eating di TK Santa Maria Pare setengah dari responden mengalami picky eating yaitu sebanyak 41 orang (53,9%). Status Gizi pada anak usia 36 – 60 bulan di TK Santa Maria Pare dari setengah responden status gizi kurang yaitu sebanyak 39 orang (51,3%). Berdasarkan uji statistik dengan (Contingency Coefficient C), maka diperoleh nilai p-value adalah $0,002 < \alpha$ lebih kecil 0,005 yang berarti bahwa ada hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia 36-60 bulan di TK Santa Maria Pare Kabupaten Kediri dengan nilai keeratan hubungan yang sangat erat yaitu 0,985.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Program Studi S1 Kebidanan STIKES Karya Husada Kediri yang telah memberikan kesempatan kepada pengabdian untuk melakukan pengabdian di TK Tri Dharma. Dan terima kasih terutama kepada siswa-siswa dan para orang tua wali murid di TK Santa Maria pare Kabupaten Kediri yang telah ikut berpartisipasi atau bersedia menjadi responden dalam kegiatan penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

- Almatsier, S. (2009). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Arifah, U., Lestari, D., & Ayusari, A. A. (2016). Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan picky eating pada anak usia 1-3 tahun di Puskesmas Kratonan Surakarta. *Nexus Kedokteran Komunitas*, 5(2), 23-30.
- Bahagia, I. P., & Rahayuningsih, S. I. (2018). Perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia prasekolah. *Jurnal Ilmu Mahasiswa Fakultas Keperawatan (JIM FKEP)*, III(3), 164. <http://jim.unsyiah.ac.id/FKEP/article/download/8413/5174>
- Beck, M. (2000). *Ilmu gizi dan diet*. Jakarta: Yayasan Essential Medika.
- Budiman, L. A., Rosiyana, R., Sari, A. S., Safitri, S. J., Prasetyo, R. D., Rizqina, H. A., et al. (2021). Analisis status gizi menggunakan pengukuran indeks massa tubuh dan beban

- kerja dengan metode 10 denyut pada tenaga kesehatan. *Nutr: Nutrition Research and Development Journal*, 1(1), 6-15. <https://doi.org/10.15294/nutrizione.v1i1.48359>
- Dewi, K. W. K., et al. (2017). Panduan belajar koas: Ilmu kesehatan anak. In A. S. Price (Ed.), *Patofisiologi* (pp. 58-62).
- Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American Dietetic Association*, 105(4), 541-548. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.01.029>
- Handayani, C., Subandi, B. S., & Wahyuni, R. (2020). Hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak pra sekolah usia 2-6 tahun: Systematic review. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/1211>
- Hardiansyah, & Supariasa, I. D. (2016). *Ilmu gizi: Teori dan aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Hasrul, H., Hamzah, H., & Hafid, A. (2020). Pengaruh pola asuh terhadap status gizi anak. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 792-797. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.403>
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2016). Masalah makan pada anak. <https://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/sulit-makan-pada-bayi-dan-anak>
- Judarwanto, D. (2016). Gangguan proses makan pada anak.
- Li, Z., van der Horst, K., Edelson-Fries, L. R., Yu, K., You, L., Zhang, Y., et al. (2017). Perceptions of food intake and weight status among parents of picky eating infants and toddlers in China: A cross-sectional study. *Appetite*, 108, 456-463. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.009>
- Mansur, A. R. (2019). *Tumbuh kembang anak usia prasekolah* (Vol. 1). Andalas University Press. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/33035/1/Istiqomah%20Aprilaz-FKIK.pdf>
- Nadhirah, F., Taufiq, S., & Hernita. (2021). Hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak usia pra sekolah di taman kanak-kanak. *Darussalam Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1), 30-38.
- Pangestuti, F. Y., & Putri, G. N. P. (2021). Hubungan status ibu bekerja, pola asuh makan, pemberian ASI eksklusif dengan kejadian picky eating pada anak usia prasekolah. *Indonesian Journal of Public Health Nutrition*, 1(1), 101-113. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Priyanti, S. (2013). Pengaruh perilaku makan orang tua terhadap kejadian picky eating (pilih-pilih makanan) pada anak toddler di Desa Karang Jeruk Kecamatan Jatirejo Mojokerto. *Medica Majapahit*, 5(2), 43-55.
- Purnamasari, A. R., & Adriani, M. (2020). Hubungan perilaku picky eating dengan tingkat kecukupan protein dan lemak pada anak prasekolah. *Media Gizi Indonesia*, 15(1), 31. <https://doi.org/10.20473/mgi.v15i1.31-37>
- Ridha, A. (2022). Literature review: Hubungan picky eating dengan status gizi anak usia prasekolah. *Professional Health Journal*, 4(1), 62-71. <https://doi.org/10.54832/phj.v4i1.282>
- Riyadi, H., Martianto, D., Hastuti, D., Damayanthi, E., & Murti Laksono, K. (2011). Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita di Kabupaten Timor Tengah Utara,

- Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 6(1), 66.
<https://doi.org/10.25182/jgp.2011.6.1.66-73>
- Suprayitno, E., Yasin, Z., Kurniati, D., & Rasyidah. (2021). Peran keluarga berhubungan dengan tumbuh kembang anak usia pra sekolah. *Jurnal Health Sains*, VI(2), 63-68.
<https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v2i1.47>
- Utami, F. (2016). Picky eating pada anak kota: Studi kasus anak usia 3-4 tahun (Vol. 14, No. 2).
- Wawan, A., & Dewi, M. (2011). *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijayanti, F., & Rosalina, R. (2018). Hubungan perilaku picky eating dengan status gizi pada anak pra sekolah TK Islam Nurul Izzah Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 7(2), 175. <https://doi.org/10.31596/jcu.v7i2.262>
- Wijayanti, F., Setyoningrum, U., & Afiatna, P. (2022). Upaya Cepizi (Cegah picky eating melalui peningkatan pengetahuan ibu tentang gizi seimbang) pada anak prasekolah. *Indonesian Journal of Community Empowerment Fakultas Ilmu Kesehatan*, 4, 132.
- Yulianti, N., Argianti, P., Herlina, L., & Oktaviani, S. N. I. (2018). Analisis pantauan tumbuh kembang anak prasekolah dengan Kuesioner Pra Skrining Pertumbuhan (KPSP) di BKB PAUD Kelurahan Serdang Kecamatan Kemayoran Jakarta Pusat periode Oktober 2017. *Jurnal Kebidanan*, 2(1), 45-52.
<http://ejr.stikesmuhkudus.ac.id/index.php/ijb/article/view/456>
- Yustanta, B. F., & Mulyati, S. B. (2024, August). The Innovation Program Eradicates Malnutrition in High-Risk Pregnant Women and Toddlers. In *Proceedings of the National Health Scientific Publication Seminar* (Vol. 3, No. 3, pp. 1073-1081).



Pengaruh Media Booklet terhadap Pengetahuan Ibu pada Tumbuh Kembang Anak Prasekolah

Dhea Firanti Adjie^{1*}, Rochmawati²

¹⁻² Program Studi S1 Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan dan Farmasi, Universitas Gunadarma, Indonesia

*Penulis Korespondensi: dheafirantiadjie21@gmail.com

Abstract. *Health education is an important effort to enhance community knowledge, particularly among mothers, regarding the growth and development of preschool children. Maternal knowledge is influenced by factors such as education, access to information, socio-cultural and environmental conditions, experience, and age. Lack of knowledge may result in inadequate stimulation, which can hinder a child's optimal development. One effective and practical educational medium to improve maternal understanding is a booklet, as it delivers information clearly, concisely, and can be reviewed repeatedly. This study aimed to determine the effect of booklet media on maternal knowledge regarding preschool children's growth and development. The research used a quantitative approach with a quasi-experimental design, applying a one-group pre-test and post-test method. The population consisted of 77 mothers at RA/TK Islam Nurul Iman, with 43 respondents selected through convenience sampling. Data were collected using a questionnaire administered before and after the health education intervention. The results showed that the average knowledge score before the intervention was 14.58, which increased to 17.56 after the intervention, with a mean difference of 2.977. Statistical analysis produced a p-value of 0.000 (<0.05), indicating a significant effect of booklet media on maternal knowledge improvement. The study concludes that booklet media is an effective, low-cost, and practical tool for health education, helping mothers and families play an active role in supporting optimal child growth and development while serving as an alternative medium for health workers in providing educational interventions.*

Keywords: *Booklet; Growth Development; Health Education; Knowledge; Preschool.*

Abstrak. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya penting dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat, khususnya ibu, mengenai tumbuh kembang anak prasekolah. Pengetahuan ibu tentang tumbuh kembang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tingkat pendidikan, akses informasi, kondisi sosial budaya, lingkungan, pengalaman, dan usia. Kurangnya pengetahuan dapat berdampak pada minimnya stimulasi yang diberikan kepada anak, sehingga perkembangan tidak optimal. Salah satu media edukasi yang efektif dan sederhana adalah *booklet*, karena dapat menyajikan informasi secara ringkas, mudah dipahami, serta dapat dipelajari kembali kapan pun dibutuhkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh media *booklet* terhadap pengetahuan ibu mengenai tumbuh kembang anak prasekolah. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain *quasi-eksperimental*, menggunakan rancangan *one group pre-test and post-test*. Populasi penelitian melibatkan 77 ibu di RA/TK Islam Nurul Iman, dengan sampel sebanyak 43 responden yang dipilih melalui teknik *convenience sampling*. Instrumen penelitian berupa kuesioner yang diberikan sebelum dan sesudah intervensi edukasi menggunakan media *booklet*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata skor pengetahuan ibu sebelum intervensi adalah 14,58 dan meningkat menjadi 17,56 setelah intervensi, dengan selisih rata-rata sebesar 2,977. Hasil uji statistik menghasilkan *p-value* = 0,000 (<0,05), yang berarti terdapat pengaruh signifikan media *booklet* terhadap peningkatan pengetahuan ibu mengenai tumbuh kembang anak prasekolah. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *booklet* dapat digunakan sebagai media edukasi kesehatan yang efektif, murah, dan mudah diaplikasikan dalam masyarakat. Penggunaan *booklet* diharapkan dapat mendukung peran ibu dan keluarga dalam mengoptimalkan tumbuh kembang anak sesuai tahapan usia, serta menjadi alternatif strategi edukasi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan penyuluhan.

Kata kunci: Booklet; Pengetahuan; Prasekolah; Tumbuh Kembang; Edukasi Kesehatan.

1. LATAR BELAKANG

Ketika otak anak berkembang paling baik dalam ranah intelektual, emosional, dan sosial, tahun-tahun awal dikenal sebagai "masa emas". Untuk memajukan sumber daya manusia di Indonesia, secara umum diakui bahwa perkembangan anak usia dini yang berkualitas tinggi merupakan investasi mendasar.

Berdasarkan hasil Susenas 2023, diperkirakan sekitar 30,2 juta jiwa atau 10,91 persen dari total penduduk Indonesia berada pada rentang usia 0–6 tahun. Berdasarkan tahap perkembangannya, kelompok balita (usia 1-4 tahun) mencakup 59,95 persen anak usia dini, diikuti oleh anak prasekolah (5–6 tahun) sebesar 28,83 persen, dan bayi baru lahir (usia kurang dari 1 tahun) sebesar 11,22 persen (Badan Pusat Statistik, 2023).

Selama tahun-tahun prasekolah, yang dikenal sebagai "The Wonder Years," rasa ingin tahu seorang anak berada pada puncaknya. Seiring tumbuhnya minat mereka, mereka terus belajar cara berhubungan dengan lingkungan, berteman, mengatur tubuh, emosi, dan pikiran, serta meningkatkan keterampilan komunikasi mereka. Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dapat digunakan untuk mengukur kualitas mereka (Mansur, 2019).

Statistik WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa selain kekurangan gizi, kekurangan gizi dan kelebihan gizi juga menjadi faktor dalam masalah pertumbuhan anak. Menurut data, 6,3% balita kekurangan gizi, 5,9% kelebihan berat badan, dan 21,9% mengalami stunting jangka pendek (WHO, 2019). Pada tahun 2016, sekitar 52,9 juta anak balita di seluruh dunia, termasuk 54% anak laki-laki, menderita masalah perkembangan, menurut para peneliti WHO. Negara-negara dengan pendapatan rendah dan sedang merupakan rumah bagi hampir 95% anak-anak dengan masalah perkembangan. Frekuensi status gizi balita di Indonesia adalah 3,9% gizi buruk, 13,8% gizi kurang, 79,2% gizi sangat baik, dan 3,1% gizi lebih, menurut data nasional. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan pada tahun 2016 bahwa 7.512,6 dari 100.000 penduduk Indonesia di bawah usia lima tahun memiliki masalah perkembangan (7,51%) (WHO, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) diperkirakan antara 5-10% anak mengalami keterlambatan perkembangan. Satu hingga tiga persen anak di bawah usia lima tahun diperkirakan mengalami keterlambatan perkembangan, sementara saat ini belum ada bukti konklusif mengenai kejadian keterlambatan ini secara umum. Banyak elemen yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, termasuk pengaruh endokrin, genetik, konstitusional, lingkungan, dan nutrisi. Berfungsinya pertumbuhan dan perkembangan yang benar juga memerlukan stimulasi. Anak-anak dapat distimulasi oleh orang tua mereka dengan melakukan aktivitas yang sesuai dengan usia atau tahap perkembangan mereka.

Perkembangan anak sangat dipengaruhi oleh ibunya, karena ibu yang sudah mendapatkan pelatihan yang baik dianggap mampu mengawasi anak-anaknya dengan baik. Pertumbuhan seorang anak akan terganggu jika tanggung jawab ibu dalam memenuhi kebutuhan dasarnya tidak terpenuhi (Ningrum, Immawati, & Nurhayati, 2023).

Salah satu jenis kegiatan yang mencoba mengubah perilaku target adalah pendidikan kesehatan, yang melibatkan penyediaan informasi terkait kesehatan. Seseorang dapat memperoleh pengetahuan secara organik atau dengan cara langsung atau tidak langsung. Pemahaman baru terus-menerus menyusun ulang pengetahuan seseorang, yang merupakan pembentukan berkelanjutan. Ekonomi sosial budaya, pendidikan, media massa dan informasi, lingkungan, pengalaman, dan usia semuanya berdampak pada pengetahuan seorang ibu (Ningrum, Immawati, & Nurhayati, 2023).

Beberapa penelitian telah dilakukan mengenai dampak media booklet terhadap pemahaman ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah. Di sisi lain, telah dibuktikan bahwa intervensi edukasi melalui media buklet dapat meningkatkan pemahaman ibu tentang perkembangan anak, dan bahwa hasil yang diperoleh orang tua ditingkatkan secara signifikan oleh pengetahuan tentang perkembangan anak (Nikken and Schols, 2015; Prasetyo et al., 2023).

Beberapa contoh tentang bagaimana pengetahuan tentang tumbuh kembang anak memengaruhi hasil perawatan anak antara lain bahwa ibu yang lebih berpengetahuan tentang tumbuh kembang anak lebih banyak terlibat dengan anak-anaknya, berbincang dengan mereka, dan berbagi cerita dengan mereka dibandingkan ibu yang kurang berpengetahuan. Orang tua yang memahami perkembangan anak kecil kemungkinannya untuk memiliki ekspektasi yang tidak sesuai dengan usianya. Bukti yang lebih kuat mengenai peran pengetahuan tentang perkembangan anak dalam mendukung hasil pengasuhan berasal dari penelitian intervensi, seperti uji coba terkontrol secara acak (Gadsden et al., 2016).

Penggunaan media booklet untuk pendidikan parenting mempunyai kelebihan dan kekurangan. Keuntungan menggunakan media booklet untuk pendidikan parenting, yaitu: Aksesibilitas, media booklet dapat diakses dengan mudah oleh orang tua, sehingga memudahkan mereka untuk belajar dan meningkatkan keterampilan mengasuh anak sesuai kemampuan mereka. Efektivitas biaya, dibandingkan dengan metode pendidikan parenting tradisional, seperti lokakarya atau seminar tatap muka, media booklet bisa lebih hemat biaya. Fleksibilitas, media booklet dapat dengan mudah diadaptasi dan diperbarui, memungkinkan penggabungan penelitian dan informasi baru sesuai kebutuhan. Jangkauan, media booklet dapat menjangkau khalayak yang lebih luas, karena dapat didistribusikan melalui berbagai

saluran, seperti platform online, aplikasi seluler, dan pusat komunitas. Penguatan, media booklet dapat digunakan sebagai sumber pelengkap untuk memperkuat pembelajaran dari metode pendidikan parenting lainnya, seperti lokakarya atau kursus online (Nikken, 2019; Prasetyo et al., 2023; Romantika et al., 2020).

Selain keuntungan, terdapat kekurangan dalam menggunakan media booklet untuk pendidikan parenting, yaitu: Interaksi terbatas, media booklet mungkin tidak memberikan tingkat interaksi dan keterlibatan yang sama seperti metode pendidikan orang tua tradisional, seperti lokakarya atau pelatihan tatap muka. Potensi penyalahgunaan, orang tua mungkin terlalu bergantung pada media booklet, yang dapat menyebabkan kurangnya pengalaman dan keterampilan praktis. Pertimbangan budaya dan sosial ekonomi, efektivitas media booklet dapat bervariasi tergantung pada faktor budaya dan sosial ekonomi, karena beberapa keluarga mungkin memiliki akses terbatas terhadap media booklet atau mungkin tidak dapat membaca atau memahami isinya. Penekanan berlebihan pada teori, media booklet mungkin terlalu fokus pada informasi teoretis, dibandingkan memberikan panduan praktis dan langsung bagi orang tua. Kurangnya dukungan yang dipersonalisasi, media booklet mungkin tidak memberikan tingkat dukungan dan umpan balik yang dipersonalisasi seperti metode pendidikan orang tua tradisional, yang dapat bermanfaat bagi orang tua dengan kekhawatiran atau tantangan tertentu (Chen et al., 2020; Nikken, 2019; Prasetyo et al., 2023).

Literatur mengenai pengaruh media booklet terhadap pengetahuan ibu tentang tumbuh kembang anak prasekolah masih terbatas. Namun, penelitian di bidang terkait, seperti pentingnya pengetahuan orang tua terhadap perkembangan anak dan penggunaan intervensi pendidikan, memberikan wawasan yang berharga. Media booklet dapat menjadi alat yang berguna untuk pendidikan orang tua, namun memiliki keterbatasan. Penting untuk mempertimbangkan keuntungan dan kerugian ini ketika merancang dan melaksanakan program pendidikan orang tua untuk memastikan efektivitas dan relevansinya bagi orang tua.

Berdasarkan wawancara dengan kepala sekolah dan beberapa wali murid di RA/TK Islam Nurul Iman terdapat 11 siswa PAUD dan 66 siswa TK, dan dari hasil wawancara dengan kepala sekolah terdapat siswa yang mengalami keterlambatan perkembangan. Peneliti mengambil lokasi penelitian di RA/TK Islam Nurul Iman karena adanya ketertarikan peneliti terhadap tingkat pengetahuan orang tua murid di lokasi tersebut dan apakah orang tua memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang anaknya. Kurangnya pengetahuan ibu terhadap tumbuh kembang anak akan berdampak kurangnya stimulasi untuk perkembangan dan pertumbuhan anak.

2. METODE PENELITIAN

Satu kelompok pre-test dan post-test dimasukkan dalam penelitian quasi-eksperimental ini, yang merupakan jenis penelitian kuantitatif. Pre-test diberikan sebelum terapi, dan post-test diberikan setelah perawatan, untuk meningkatkan akurasi. Hal ini memungkinkan untuk membandingkan hasil terapi dengan keadaan sebelum perawatan. Sebanyak 77 ibu dengan anak di RA/TK Islam Nurul Iman menjadi populasi penelitian. Untuk pengambilan sampel dalam penelitian ini, digunakan teknik Convenience Sampling. Pendekatan ini melibatkan pemilihan sampel berdasarkan aksesibilitas dan ketersediaan responden. Jumlah sampel yaitu sebanyak 43 sampel. Penelitian ini dilakukan pada 6 Februari dan 12 Februari 2024 di RA/TK Islam Nurul Iman Ciater Serpong yang beralamat di Ciater tengah RT 03/RW 07 No.54, Ciater, Kecamatan Serpong, Kota Tangerang Selatan, Banten.

Dalam penelitian ini, kuesioner digunakan sebagai alat bantu. Dalam penelitian ini, kuesioner diadaptasi dari hasil penelitian Tarigan yang berjudul "Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Perkembangan pada Balita". Penggunaan kuesioner standar berarti uji validitas dan reliabilitasnya tidak dinilai. Terdapat dua puluh pernyataan dengan pilihan jawaban benar dan salah pada kuesioner. Awalnya, kuesioner mengharuskan pengisian data pribadi, meliputi nama, jenis kelamin, usia, tempat tinggal, pendapatan, dan tingkat pendidikan. Pernyataan dikuesioner penelitian ini berupa favourable dan unfavourable. Analisis data penelitian ini meliputi analisis univariat dan bivariat. Untuk penelitian ini, distribusi frekuensi variabel seperti usia, jenis kelamin, pendapatan, tingkat pendidikan, dan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pembelajaran menggunakan media booklet disajikan menggunakan analisis univariat. Penelitian ini menggunakan analisis bivariat untuk melihat apakah ada variasi yang nyata antara sebelum dan sesudah penerapan media booklet. Semua variabel dalam penelitian ini terdistribusi normal, dan karena Sig. $<0,05$, maka digunakan uji Shapiro-Wilk untuk memeriksa kenormalan. Penelitian ini menggunakan Uji T-Berpasangan sebagai uji statistiknya.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini berjumlah 43 orang yang merupakan ibu dari siswa yang memenuhi kriteria inklusi di RA/TK Nurul Iman Ciater Serpong. Karakteristik responden diuraikan sebagai berikut:

a) Usia, Pendidikan, dan Penghasilan Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan dan Penghasilan Responden di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Variabel	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Usia		
22-32 tahun	18	41,9
33-43 tahun	20	46,5
44-54 tahun	5	11,6
Pendidikan		
SD	4	9,3
SMP	4	9,3
SMA	16	37,2
Perguruan Tinggi	19	44,2
Penghasilan		
< Rp. 1.000.000	8	18,6
Rp. 1.000.000-2.000.000	11	25,6
Rp. 3.000.000-5.000.000	17	39,5
> Rp. 5.000.000	7	16,3
Total	43	100

Berdasarkan tabel 1, mayoritas berusia 33-43 tahun yaitu 46,5% atau 20 responden, responden yang berpendidikan tamatan perguruan tinggi sebanyak 44,2% atau 19 responden dan penghasilan paling banyak adalah Rp.3.000.000-5.000.000 yaitu sebanyak 39,5% atau 17 responden.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Responden di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Variabel	Mean	Median	Min-Max	SD
Usia Ibu	35,40	35	22-54	7,145

Rata-rata usia peserta penelitian adalah 35 tahun (35,40), usia termuda 22 tahun dan tertua 54 tahun. Deviasi rata-rata dari nilai usia rata-rata adalah 7,145. Informasi ini berdasarkan tabel 2.

b) Usia dan Jenis Kelamin Anak

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Anak Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Penghasilan di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Variabel	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Usia Anak		
3 - 4,5 tahun	8	18,6
5 – 6,5 tahun	35	81,4
Jenis Kelamin Anak		
Perempuan	20	46,5
Laki-laki	23	53,5
Total	43	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa usia anak responden mayoritas berusia 5- 6,5 tahun sebanyak 81,4% atau 35 dan jenis kelamin anak responden lebih banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 53,5% atau 23 anak dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan 46,5% atau 20 anak.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Anak Responden di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Variabel	Mean	Median	Min-Max	SD
Usia Anak	5,300	6	3-6,5	0,9492

Tabel 4 anak responden kebanyakan berusia sekitar lima tahun, dengan anak termuda berusia tiga tahun dan anak tertua berusia 6,5 tahun. Rata-rata jarak dari nilai usia rata-rata adalah 0,9492, dan anak responden berusia 6 tahun.

Hasil Analisis

a) Analisa Univariat

Berikut ini adalah hasil analisis univariat penelitian:

1) Tingkat Pengetahuan Ibu Sebelum Edukasi Kesehatan dengan Media *Booklet***Tabel 5.** Tingkat Pengetahuan Ibu Sebelum Penerapan Media *Booklet* di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kurang	0	0
Cukup	14	32,6
Baik	29	67,4
Total	43	100

Seperti terlihat pada Tabel 5, sebagian besar ibu (67,4% atau 29 responden) memiliki tingkat pemahaman yang baik sebelum mendapatkan penyuluhan kesehatan mengenai tumbuh kembang anak usia prasekolah melalui media *booklet*.

2) Tingkat Pengetahuan Ibu Sesudah Edukasi Kesehatan dengan Media *Booklet*

Tabel 6. Tingkat Pengetahuan Ibu Sesudah Penerapan Media *Booklet* di RA/TK Nurul Iman (n= 43)

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi (f)	Presentase(%)
Kurang	0	0
Cukup	3	7
Baik	40	93
Total	43	100

Berdasarkan tabel 6, 40 responden memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu 93% setelah mendapatkan pendidikan media booklet mengenai kesehatan tentang tumbuh kembang anak usia prasekolah.

Grafik terlampir menunjukkan perubahan sebelum dan sesudah ibu diberikan *booklet*.

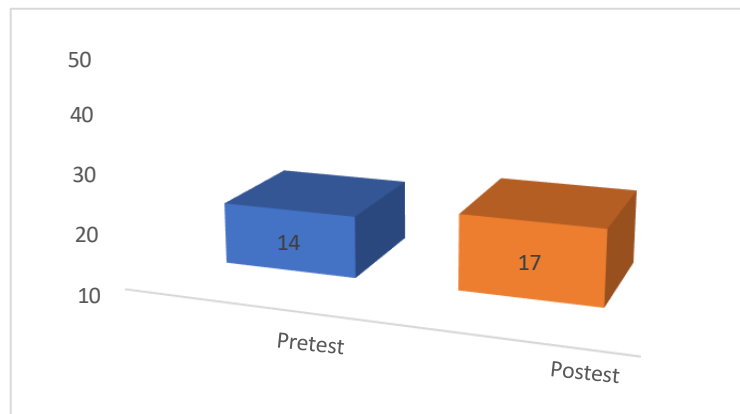


Diagram 1. Perbedaan Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi dengan Media *Booklet*.

Diagram 1 menunjukkan bahwa kesadaran ibu terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah meningkat baik sebelum maupun setelah mendapatkan pendidikan kesehatan melalui media booklet. Sebelum mendapatkan pendidikan kesehatan, skor pengetahuan responden rata-rata adalah 14,61; setelah mendapatkan pendidikan kesehatan meningkat menjadi 17,46.

b) Uji Normalitas

Karena hanya ada 43 responden kurang dari 50 sampel uji *Shapiro-Wilk* diterapkan untuk menguji normalitas penelitian. Jika $p > 0,05$, maka terdistribusi normal; jika $p < 0,05$, maka terdistribusi tidak normal. Uji normalitas menghasilkan hasil berikut:

Tabel 7. Uji Normalitas Data.

<i>Shapiro-Wilk</i>			
Kelompok	Statistic	df	Sig.
<i>Pre-test</i>	,950	43	,058
<i>Post-test</i>	,860	43	,000

Berdasarkan tabel 7 yaitu hasil uji normalitas menunjukkan *pre-test* dengan *Sig.* 0,058 dan *post-test* dengan *Sig.* 0,000 ($p > 0,05$) maka disimpulkan data *pre-test* dan *post-test* berdistribusi normal.

Analisa Bivariat

Berikut hasil uji statistik analisis bivariat:

Tabel 8. Perbandingan *Pre-test* dan *Post-test* Tingkat Pengetahuan Ibu pada Tumbuh Kembang Anak Prasekolah dengan Media *Booklet* di RA/TK Nurul Iman (n = 43).

Kategori	Rata-rata	Selisih rata-rata	95%CI	P-value
<i>Pre-test</i>	14.58	-2,977	-4,089 - 1,864	0,000
<i>Post-test</i>	17.56			

Nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum mendapat penyuluhan kesehatan tentang tumbuh kembang anak usia prasekolah adalah 14,58 dan setelah mendapat penyuluhan kesehatan tentang topik tersebut melalui media booklet adalah 17,56 berdasarkan analisis statistik tabel 8 dengan uji Paired T-Test. Ada beda rata-rata *pre-test* dan *post-test* sebesar 2,977. Pemberian media booklet memberikan pengaruh terhadap pemahaman ibu tentang tumbuh kembang anak usia prasekolah di RA/TK dengan *Sig.* 0,000 < 0,05. H_a diterima dan H_0 ditolak.

Pembahasan

Karakteristik Responden

Karakteristik pada penelitian ini meliputi usia ibu, usia anak, jenis kelamin anak, pendidikan dan penghasilan.

a) Usia

Dengan usia rata-rata 35 tahun dan jarak variasi rata-rata dari nilai usia rata-rata 7,145, responden penelitian berusia rata-rata 35 tahun (53,5%), dengan yang termuda berusia 22 tahun dan yang tertua berusia 54 tahun. Hal termasuk dalam kategori usia dewasa produktif yang memiliki pemikiran matang dan terbuka terhadap informasi baru. Hal ini mendukung kemampuan mereka dalam menerima edukasi kesehatan, seperti melalui media *booklet*. Penelitian Nafilah & Eliyana (2023) menyebutkan bahwa usia dewasa memiliki komitmen dan kemampuan adaptasi yang baik. Temuan penelitian Setiawati dkk. (2022) mendukung anggapan bahwa usia 35 tahun merupakan usia yang matang untuk menjadi orang tua. Data dari Simanjuntak dkk. (2022) semakin mendukung hal ini, yang menunjukkan bahwa mayoritas ibu dari anak usia prasekolah berusia antara 26 dan 35 tahun, yang dianggap

sebagai rentang usia yang kuat untuk keterampilan pengambilan keputusan. Oleh karena itu, usia responden yang berada di kisaran dewasa awal mendukung efektivitas penyampaian informasi kesehatan.

b) Pendidikan

Penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki pendidikan terakhir di perguruan tinggi (44,2%), yang memengaruhi perkembangan anak balita karena ibu dengan pendidikan tinggi lebih mudah memahami informasi dan mendukung tumbuh kembang anak. Penelitian Solama & Hipson (2021) menegaskan adanya hubungan antara pendidikan ibu dengan tumbuh kembang balita, dengan 62,4% responden memiliki pendidikan tinggi. Hasil ini didukung oleh Ambarwati dkk. (2019), yang menemukan 59,3% responden berpendidikan tinggi memahami informasi tumbuh kembang anak lebih baik. Ibu berpendidikan rendah cenderung kesulitan memenuhi kebutuhan perkembangan anak, termasuk dalam menerima arahan pemenuhan gizi (Utomo & Ismail, 2021). Pendidikan yang lebih tinggi memengaruhi pola pikir dan kemudahan individu dalam mencari serta memahami informasi (Siska, 2020). Hal ini menunjukkan pentingnya pendidikan ibu dalam mendukung tumbuh kembang anak.

c) Penghasilan

Penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki penghasilan Rp3.000.000–5.000.000 (39,5%). Situasi sosial ekonomi anak-anak memiliki dampak yang signifikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan mereka karena keluarga dengan kondisi keuangan yang lebih baik sering kali lebih siap untuk memenuhi kebutuhan makanan dan stimulasi perkembangan anak-anak mereka (Wulandari & Erawati, 2016). Penelitian Solama & Hipson (2021) mendukung hal ini dengan menemukan hubungan signifikan antara status ekonomi dan tumbuh kembang balita ($p = 0,003$), di mana anak dari keluarga ekonomi rendah cenderung mengalami keterlambatan perkembangan. Korelasi antara perilaku orang tua dan uang dalam melacak pertumbuhan dan perkembangan bayi juga ditemukan oleh penelitian Indriana (2022) ($p = 0,013$). Selain itu, menurut Adriana (2017), orang tua berpendapatan tinggi cenderung mampu menyediakan nutrisi dan alat bantu edukatif bagi anak. Peneliti menyimpulkan bahwa status ekonomi yang lebih baik mendukung perkembangan anak secara optimal, sementara ekonomi rendah dapat menjadi hambatan, terutama jika ibu harus bekerja di luar rumah dan kurang terlibat langsung dalam pengasuhan.

Pengetahuan Ibu Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi Kesehatan Tentang Tumbuh Kembang Anak Prasekolah

Sebelum mendapatkan penyuluhan kesehatan melalui media cetak, sebagian besar responden 29 orang atau 67,4% mengetahui cukup banyak tentang pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah, menurut hasil penelitian. Sebanyak 40 responden atau 93% dari sampel memiliki tingkat pemahaman yang memuaskan setelah dilakukan intervensi berupa penyuluhan melalui media brosur. Dengan selisih 2,977 dan nilai signifikansi $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$), nilai rata-rata pre-test sebesar 14,58 meningkat menjadi 17,56 pada ujian post-test. Berdasarkan penelitian ini, penggunaan media brosur meningkatkan pengetahuan responden secara signifikan.

Cumayunaro dkk. (2020) menemukan perbedaan signifikan pengetahuan ibu sebelum dan sesudah intervensi edukasi kesehatan menggunakan booklet ($p = 0,000$). Ersila dkk. (2021) menemukan bahwa setelah menerima edukasi melalui media booklet, pengetahuan dan sikap ibu mengenai deteksi perkembangan balita meningkat ($p < 0,001$). Temuan ini konsisten dengan temuan penelitian lain.

Notoatmodjo (2018) mengajukan hipotesis yang menjelaskan peningkatan pengetahuan ini dengan menyatakan bahwa setiap orang memiliki kemampuan penginderaan yang unik dan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses mengalami suatu item melalui panca indera. Media booklet dinilai efektif karena menyampaikan informasi secara terstruktur, rinci, dan mudah dipahami. Selain itu, menurut Siska (2020), booklet memiliki kelebihan berupa biaya yang relatif rendah, fleksibilitas penggunaan, dan mampu mengulas informasi secara lebih mendalam dibandingkan media audiovisual. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa pendidikan kesehatan melalui media booklet merupakan salah satu cara yang berhasil untuk meningkatkan kepedulian ibu-ibu terhadap tumbuh kembang anak usia prasekolah.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berikut ini adalah simpulan penelitian yang didasarkan pada tujuan dan temuan penelitian yang diselesaikan oleh peneliti:

- a. Di RA/TK Nurul Iman Ciater Serpong, pemahaman ibu terhadap tumbuh kembang dan pematangan anak usia prasekolah dipengaruhi oleh media buklet yang disediakan.
- b. Berdasarkan hasil penelitian, responden rata-rata berusia 37 tahun, sebagian besar berpendidikan sarjana (19 responden), dan 17 orang berpendapatan antara Rp 3.000.000 sampai dengan Rp 5.000.000.

- c. Sebagian besar anak yang menjadi peserta penelitian berusia lebih dari enam tahun, dengan rata-rata usia lima tahun. Responden yang menjadi remaja sebanyak 23 orang (53,5%) dan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki.
- d. Pemahaman ibu sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan dengan media *booklet* sebagian besar baik, ditunjukkan dengan nilai rata-rata *pre-test* sebesar 14,61 yang diperoleh oleh 29 responden (67,4%).
- e. Pengetahuan ibu meningkat menjadi baik setelah dilakukan penyuluhan kesehatan dengan media *booklet*, yaitu sebanyak 40 responden (93%) yang memperoleh nilai rata-rata *post-test* sebesar 17,46.

Saran

Dari kesimpulan diatas, maka saran dari peneliti yaitu:

- a. Bagi Orang Tua

Orang tua atau ibu perlu mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dengan cara memanfaatkan media infomasi dengan optimal agar memiliki sikap dan perilaku yang tepat dalam tumbuh kembang anak.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Disarankan guru atau staf sekolah melakukan pemantauan tumbuh kembang anak melalui kolaborasi dengan tenaga kesehatan dan menggunakan atau mengembangkan media booklet dalam kegiatan belajar mengajar.

- c. Bagi Kebidanan

Disarankan agar rekan bidan lainnya dapat menggunakan media booklet tumbuh kembang anak prasekolah untuk memberikan edukasi kepada orang tua atau keluarga. Rekan bidan juga dapat mengembangkan atau membuat media lainnya untuk kegiatan edukasi di dalam maupun diluar ruangan.

- d. Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat memanfaatkan hasil dari penelitian ini yaitu media booklet sebagai sumber informasi untuk memperoleh informasi mengenai pengasuhan anak dan menambah pengetahuan.

- e. Bagi Peneliti Lain

Analisis faktor-faktor yang membantu dan menghambat ibu dan keluarga dalam mengawasi pertumbuhan dan perkembangan anak-anak mereka, serta penelitian tentang cara terbaik bagi ibu dan keluarga untuk mendukung perkembangan anak usia prasekolah, dapat digunakan untuk mengembangkan topik penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

- Adriana, D. (2017). *Tumbuh Kembang & Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Sakemba Medika.
- Ambarwati, R., Ratnasari, N. Y., & Purwandari, K. P. (2019). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Ibu Tentang Tumbuh Kembang Anak dengan Kunjungan Ibu Ke Posyandu di Kabupaten Sragen. *Jurnal Keperawatan GSH*, 12-17.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Profil Anak Usia Dini*. Badan Pusat Statistik.
- Chen, C., Chen, S., Wen, P., & Snow, C. E. (2020). Are screen devices soothing children or soothing parents? Investigating the relationships among children's exposure to different types of screen media, parental efficacy and home literacy practices. *Computers in Human Behavior* 112. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106462>
- Cumayunaro, A., Helda, Dephinto, Y., & Herien, Y. (2020, Maret). Pendidikan Kesehatan dengan Media Booklet Terhadap Perilaku Ibu dalam Melakukan Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) pada Anak. *NERS: Jurnal Keperawatan*, 16(No. 1), 18-16. <https://doi.org/10.25077/njk.v16i1.141>
- Ersila, W., Prafitri, L. D., & Sabita, R. (2021). Pengaruh Media Booklet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Mendeteksi Perkembangan Balita Usia 24-36 Bulan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 48-55.
- Gadsden, V. L., Ford, M., & Breiner, H. (2016). *Parenting Matters : Supporting Parents of Children Ages 0-8*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21868>
- Indriana, N. P. (2022). Hubungan Umur, Pekerjaan, Pendidikan dan Pendapatan Terhadap Perilaku Orang Tua dalam Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi Usia 0-1 Tahun Pada Masa Pandemi COVID -19. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, 2097-2107. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i8.7166>
- Mansur, A. R. (2019). *Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah*. Padang: Andalas University Press.
- Nafilah, & Eliyana. (2023). Peningkatan Pengetahuan Ibu dengan Edukasi Booklet Stimulasi Tumbuh Kembang Balita. *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran*, 2397-2401.
- Nikken, P., & Schols, M. (2015). How and Why Parents Guide the Media Use of Young Children. *J Child Fam Stud*, 3423-3435. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0144-4>
- Ningrum, J. A., Immawati, & Nurhayati, S. (2023). Penerapan Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Tentang Pengetahuan Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Di Wilayah Kerja Puskesmas Metro Pusat. *Jurnal Cenia Muda*, 364-370.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prasetyo, Y. B., Permatasari, P., & Susanti, H. D. (2023). The Effect of Mothers' Nutritional Education and Knowledge on Children's Nutritional Status: A Systematic Review. *International Journal of Child Care and Education Polic*. <https://doi.org/10.1186/s40723-023-00114-7>

- Romantika, W., Lusmilasari, L., Prabandari, Y. S., & Syahrul, S. (2020). Application of video-based health education in improving mother's knowledge and attitudes about behavioral problems among preschool children. *Enferm Clin*, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.071>
- Setiawati, S., Dermawan, A. C., & Maryam, R. S. (2020). Peningkatan Status Perkembangan Anak Prasekolah dengan Stimulasi Perkembangan. *JKEP*, 150-160. <https://doi.org/10.32668/jkep.v5i2.363>
- Simanjuntak, A. F., Indriati, G., & Woferst, R. (2022). Gambaran Perkembangan Sosial Emosional Pada Anak Usia Prasekolah. *Health Care: Jurnal Kesehatan*, 43-51. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v1i1.198>
- Siska, D. (2020). Pengaruh Penerapan Media Booklet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Tentang Mengontrol Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Kedondong Kabupaten Ketapang. Skripsi, Pontianak.
- Solama, W., & Hipson, M. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita 3-5 Tahun Pada PAUD Tahun 2020. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 57-70. <https://doi.org/10.36729/jam.v6i1.1052>
- Utomo, & Ismail, M. (2021). Pendampingan Tumbuh Kembang Anak Melalui Deteksi Tumbuh Kembang, Stimulasi & Intervensi. Nizamia Learning Center.
- WHO. (2018). World Health Statistics of 2018. Dipetik Februari 2024, dari <http://aps.who.int>
- WHO. (2019). World Health Statistics of 2019. Dipetik Februari 2024, dari <http://aps.who.int/>
- Wulandari, D., & Erawati, N. M. (2016). Buku Ajar Keperawatan Anak. Yogyakarta: Pustaka Belajar.